Aus der Nervenklinik der Universität Würzburg

Direktor: Professor Dr. O. Schrappe

D R O G E N A B H Ä N G I G K E I T

Prävention - Rechtsfragen und Begutachtung - Rehabilitation

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Horst Dieter Götzfried

aus Roding

1981

Würzburg, den 10.11.1980

Aus der Nervenklinik der Universität Würzburg

Direktor: Professor Dr. O. Schrappe

D R O G E N A B H Ä N G I G K E I T

Prävention - Rechtsfragen und Begutachtung - Rehabilitation

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Horst Dieter Götzfried

aus Roding

Würzburg, den 10.11.1980

Referent: Prof. Dr. med. E. G e i s l e r

Korreferent: Prof. Dr. med. O. S c h r a p p e

Dekan: Prof. Dr. med. K.-H. W u l f

Tag der mündlichen Prüfung: 19.1.1981

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Universität Würzburg

Meinen Eltern

gewidmet

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543520_0010

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
1. Zielsetzung der Arbeit	1
2. Vorgehen, Material	2
3. Aspekte des Drogengebrauchs	3
3.1. Klassifizierung der Drogen	9
3.2. Allgemeine Fragen und Sachverhalte zur Toxikomanie	10
4. Kompetenz des Staates	13
5. Die Entwicklung des Betäubungsmittelgesetzes	17
6. Kriminologische Aspekte der Rauschgiftdelikte	23
7. Forensisch-psychiatrische Begutachtung	
7.1. Grundsätzliches	31
7.2. Verwahrung und einstweilige Unterbringung	33
7.3. Drogenmißbrauch und Entmündigung - Pflegschaft	36
7.4. Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus/einer Entziehungsanstalt	43
7.5. Unterbringung in der Sicherungsverwahrung	54
7.6. Führungsaufsicht	56
7.7. Drogenmißbrauch und Jugendrecht	57
8. Glaubwürdigkeit und Zeugentüchtigkeit von Drogenabhängigen	65
9. Rehabilitation	70
10. Prävention	81
11. Zusammenfassung	84
Schlußgedanke	91
Literaturverzeichnis	93

1. ZIELSETZUNG DER ARBEIT

Über das Gebiet der Toxikomanie wurde in den letzten Jahren ein reichhaltiges Angebot an literarischen Werken aus den verschiedensten Wissenschaftsbereichen geschaffen. Jedoch sind aus juristischer Sicht bis heute nur wenig einschlägige Veröffentlichungen erschienen, wenn auch in der Gesetzgebung auf diesem Gebiet Schritte unternommen wurden (ELLINGER).

So wurde mit der als Sofortmaßnahme bezeichneten Novellierung des Opiumgesetzes aus dem Jahre 1929 durch das am 25. Dezember 1971 in Kraft getretene Betäubungsmittelgesetz vom 22. Dezember 1971 - BGBl. I S. 2092 - der Versuch unternommen, der in den letzten Jahren stark angewachsenen Drogenszene mit strafrechtlichen Sanktionen zu begegnen. Die Änderung der §§ 42a ff. StGB a.F. und die Abkehr vom reinen Sicherungs- und Verwahrungsgedanken zu der Maßregel der Besserung und Sicherung weisen auf einen Wandel im Rechtsbewußtsein hin und haben für die forensisch-psychiatrische Begutachtung neue Aufgaben ergeben.

So beinhaltet und beurteilt diese Arbeit
- Ausführungen über Drogen und deren Gebrauch,
- wirft Fragen zur Kompetenz des Staates auf,
- beleuchtet Entwicklung und Tendenzen auf dem Rauschgiftsektor und
- beschäftigt sich mit psychiatrisch-forensischen Fragen
  - der Pflegschaft,
  - der Entmündigung,
  - der Verwahrung,
  - der strafrechtlichen Schuldfähigkeit,
  - der Maßregeln der Besserung und Sicherung,
  - der Glaubwürdigkeit und Zeugentüchtigkeit der Drogenabhängigen und
  - beleuchtet Möglichkeiten der Rehabilitation.

2. VORGEHEN, MATERIAL

In dieser Dissertation wurden ausgewertet

1. die im Literaturverzeichnis aufgenommenen wissenschaftlichen Veröffentlichungen;
2. die an der Universitäts-Nerven- und Poliklinik Würzburg erstellten Gutachten bei Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz unter besonderer Berücksichtigung
   - der strafrechtlichen Schuldfähigkeit von Drogenabhängigen und
   - der Glaubwürdigkeit und Zeugentüchtigkeit von Drogenkranken

   gemäß nachstehender Übersicht:

Jahr	Heroin	Haschisch	Haschisch und LSD	Amphetamine	Summe
1974	3	5	2	-	10
1975	7	-	3	1	11
1976	14	1	-	1	16
1977	9	1	1	-	11
1978	7	1	-	-	8

3. Erkenntnisse anläßlich der Besichtigung
   - der Drogenklinik Hochstadt, Lkrs. Lichtenfels, mit Erörterung der Problematik der Unterbringung, Therapie und Resozialisierung von Drogenabhängigen und
   - der JVA Ebrach, Lkrs. Bamberg, mit Erörterung der strafrechtlichen Unterbringung dieses Personenkreises;

4. Gespräche mit rechtskräftig verurteilten Drogenabhängigen in der JVA Bamberg im Rahmen meiner 2-monatigen Famulatur am dortigen Staatlichen Gesundheitsamt;
5. Erfahrungen aus Anlaß meiner Teilnahme an einem Wiederaufnahmeverfahren beim Landgericht Würzburg mit Schwerpunkt der Feststellung der Glaubwürdigkeit und Zeugentüchtigkeit bei Drogenkranken.

3. ASPEKTE DES DROGENGEBRAUCHS

Die Aspekte des Drogengebrauchs, auch die Wirkung der Drogen selbst, sind sehr komplex. In hundertfältiger Form bedeuten Rauschdrogen für die Welt von heute vermeintliche Ruhepausen in der Hektik des Lebens, kurzzeitig Trost in der Verzweiflung und augenblickliche Mobilisierung neuer Energien (WILLARD).

Rauschdrogen sind Substanzen, die den körperlichen Zustand, das seelische Wohlbefinden und die Erlebniswelt des Menschen verändern (WILLARD).

Drogengebrauch dürfte so alt wie die Menschheit sein (BAUMEISTER, WILLARD u.a.). Wahrscheinlich gab es nie eine Zeit, in der der Mensch nicht versucht hätte, durch Trinken, Rauchen oder Verzehr irgendwelcher Drogen Schmerzen zu betäuben, Hunger und Einsamkeit zu vergessen und "Glück" zu finden. Die Halluzinogene Haschisch und Marihuana waren bereits im 9. Jahrhundert v. Chr. im Zweistromland bekannt (SCHMIDBAUER u.v. SCHEIDT). In seiner Ilias läßt HOMER Helena sagen: "Opium habe die Macht, Schmerzen und die Gedanken an das Böse vergessen zu machen."

THEOPHRASTOS von Eresos (372 - 287 v. Chr.), ein Schüler des ARISTOTELES, spricht vom Opium als Arzneimittel und erläutert die Art seiner Gewinnung (TSCHIRCH).

In China, wo sich das Opium besonders im Mittelalter vor allem wegen seiner appetitdämpfenden Wirkung großer Beliebtheit erfreute, warnte bereits im Jahre 1578 der Arzt LI-SHI-CHANG vor dem im Mohn enthaltenen Rauschgift, das zwar heile, aber gleichzeitig "töte wie ein Säbel" (BAUER).

Durch die weltweiten englischen Handelsbeziehungen - insbesondere mit dem Orient - gelangte Opium auch ins Mutterland. Im 18. Jahrhundert wurde die Gefahr erkannt und eindringlich davor gewarnt. Dennoch entwickelte sich bereits in der 1. Hälfte des 19. Jahrhunderts, ausgehend von den damaligen Kolonialmächten, eine - wenn auch relativ bescheidene - "Opiumwelle" in Europa (BAUER).

Im Mittelalter war die Droge Haschisch im Orient sehr gefragt. Nur wenige Gelehrte, wie etwa IBN-EL-BAITHAR, haben Mitte des 13. Jahrhunderts auf die physischen und psychischen Dauerfolgen des chronischen Cannabisgenusses hingewiesen (ÖZEK).

In Ägypten wurde Haschisch derart mißbräuchlich verwendet, daß im Jahre 1378 ein Verbot der Anpflanzung des Indischen Hanfes erlassen und "Hanfessen" mit dem Zähneausreißen bestraft wurde (SCHMIDBAUER u.v. SCHEIDT).

Zur Sucht im größeren Umfang führte jedoch erst das im Jahre 1806 von SERTUERNER entdeckte wasserlösliche Opiumalkaloid Morphin. Vor allem im Krimkrieg, im amerikanischen Bürgerkrieg und im preußisch-österreichischen Krieg wurde dieses

Mittel als Medikament gezielt eingesetzt; es hatte häufig Suchterscheinungen zur Folge. Auf der Suche nach Stoffen, die die gleichen Eigenschaften wie Morphin hatten, entdeckte DRESER 1898 den Stoff Diacethylmorphin, unter dem Namen Heroin bekannt.

Alte Gewohnheiten sind hartnäckig; doch der Trend im Bereich des Drogenkonsums geht wie in der Industrie und in der modernen Gesellschaft vom Grundstoff zur Synthese, vom billigen und primitiven zum komplexen und verfeinerten Produkt. So hängen z.B. in Indien und im Iran nur noch die Ärmsten am Opium - einem einfachen Pflanzenprodukt -; in Bolivien ist es der entrechtete Indio, der Coca-Blätter kaut. Diese Suchtmittel dienen der einheimischen Bevölkerung vorwiegend als Ersatz für Brot und ärztliche Hilfe und machen so ihr hoffnungsloses Leben noch erträglich (WILLARD).

Bei hochzivilisierten Völkern enthält die Hausapotheke vieler Familien ein aus den Industrielaboratorien stammendes Arsenal von Stimulantien und Beruhigungsmitteln. Sie können für den Jugendlichen und den Heranwachsenden den ersten Schritt zum Einstieg in das Drogenproblem bedeuten.

In den verschiedenen Gesellschaften und Kulturen sind keineswegs alle Rauschmittel geduldet; sie sind auch nicht überall die gleichen. Jeder Staat hat seine tolerierten und verbotenen Drogen. Dabei sind es nicht nur die relativ "harmlosen" Stoffe, die gesetzlich akzeptiert werden. Die gesellschaftlich tolerierten Drogen (z.B. Alkohol und Nikotin) werden - von einer geringen Minderheit abgesehen - nicht als solche klassifiziert. So ist leider manchmal die Tendenz erkennbar, die Auswirkungen geduldeter Rauschmittel zu verharmlosen wie auch verbotene Drogen bedingungslos zu verurteilen.

"Make love- not war", so begann es Mitte der Sechziger Jahre im Stadtteil HAIGHT-ASHBURY von San Francisco. Bärte, Perlen, Blumen im Haar, Marihuana-Rauch zu harter Rockmusik waren neue Zeichen der Flower-Power-Generation. Die Welle der jugendlichen Begeisterung fand fruchtbaren Boden in den Colleges Amerikas und trat von dort ihren Siegeszug über den Atlantik auch in Europa an. Was oberflächlich als eine romantische Suche nach Einfachheit und einem neuen Ideal erschien, war nichts anderes als ein lauter Schrei nach einem neuen Lebenssinn und Liebe. Die Probleme ließen sich jedoch mit Marihuana nicht bewältigen. Drogenpapst LEARY - "Göttlichkeit durch LSD" - schrieb hierzu: "Drogen lösen nicht automatisch die bestehenden Probleme, sondern zeigen sie vielmehr mit mikroskopischer Klarheit"(DER REPORT).

Enttäuscht wandte man sich von den Halluzinogenen den Opiaten zu. Verzweiflung, Apathie und Krankheit für den einzelnen sowie wuchernder Drogenmarkt, steigende Rauschgiftkriminalität und Selbstmorde waren die Überbleibsel einer illusionären Hippiezeit-Hochblüte.

Zu Beginn der Siebziger Jahre verbreiteten profitgierige "Geschäftsleute" eine neue Parole: "Heroin und Opium halten, was Haschisch verspricht"(DER REPORT).

Die wirtschaftliche Rezession 1974 beschleunigte vorwiegend bei den Jugendlichen "die Flucht in eine bessere Welt".

Anlässe für Jugendliche, nach der Droge zu greifen, lassen sich in ihren Schwerpunkten nach GAREIS und WIESNET etwa wie folgt aufschlüsseln:

- Neugierde, die "Wundermittel" einmal zu probieren und dadurch "up to date" zu sein,
- Langeweile über den täglichen Trott und einen innerlich nicht erfüllenden Job, eine unbefriedigende Ausbildung,

- Protest gegen die Gesellschaft, die als autoritär, repressiv und spießbürgerlich empfunden wird: "drop out" in die Drogensubkultur,
- Anpassungsschwierigkeiten an eine von Leistung, Automation, Anonymität gekennzeichnete Gesellschaft. Flucht aus dem Leistungs- ins Lustprinzip; Aufbau einer "Gegengesellschaft",
- Sehnsucht nach einer utopischen, heilen Welt, nach einer Gesellschaft ohne Konflikte; die alte Sehnsucht des Menschen nach dem Paradies,
- Suche nach dem eigenen Ich durch Steigerung der Erlebnisfähigkeit.

Die Verbreitung harter Drogen erfährt ab 1970 in der Bundesrepublik eine merkliche Steigerung. Allmählich kristallisiert sich die "echte Rauschgiftszene" heraus. Es kommt zu den ersten Rauschgiftopfern. Allein in New York waren im Jahre 1969 224 jugendliche Rauschgifttote zu verzeichnen.

Die Rauschgift-Statistik 1977 des Bundeskriminalamtes verdeutlicht die Gefährlichkeit der aufgezeigten Entwicklungstendenzen. Sie findet ihre Bestätigung in den vergleichenden Zahlen der im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Mißbrauch von Drogen stehenden Todesfällen des folgenden Vergleichszeitraumes. Dabei handelt es sich um Rauschgiftopfer, bei denen nach gerichtsmedizinischen Gutachten bzw. polizeilichen Ermittlungen oder Zeugenaussagen Drogenkonsum die unmittelbare Todesursache war.

Rauschgift - Statistik des Bundeskriminalamtes 1977 -

Jahr	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977
Rauschgifttote	67	104	106	139	195	344	390
männlich	59	89	88	117	162	269	297
weiblich	8	15	18	22	33	75	93
bis 14					2		
14 - 18	8	11	12	7	19	31	21
18 - 21	34	31	33	62	70	108	84
21 - 25	19	28	43	47	79	147	168
25 - 30	3	10	12	18	17	52	86
über 30	3	3	3	5	8	6	31
unbekannt	-	21	3	-	-	-	-
Todesart:							
Überdosis Btm	44	59	65	105	119	239	225
Überdosis Ausweichmittel	2	4	9	4	17	21	37
Körperliche Schwäche, Hepatitis pp. infolge langjährigen Drogenkonsums	1	3	1	7	8	14	19
Freitod infolge Drogenkonsums							
- mit Btm	-	3	1	-	-	6	11
- mit Medikamenten	1	1	5	1	3	6	31
- Erhängen, Erschießen, pp.	7	8	14	10	20	36	44
Unfälle infolge Drogenkonsums	9	17	3	7	16	14	18
Mordopfer im Zusammenhang mit Drogenkonsum	2	3	1	1	1	1	2
Schnüffeln von Lösungsmitteln	1	-	6	3	7	2	3
unbekannt	-	6	1	1	4	5	-

3.1. KLASSIFIZIERUNG DER DROGEN

Vielfach werden Droge und Medikament gleichgesetzt. Bei BOUDREAU heißt es: "Für den Juristen ist der Begriff Droge identisch mit Betäubungsmittel; für den Arzt bezeichnet er ein Medikament; gewisse Leute verstehen darunter jede verbotene Substanz, für wieder andere symbolisiert er jede körperliche und psychologische Abhängigkeit vom Fernsehen bis zum Heroin. Im erweiterten Sinne gebraucht man den Begriff "Droge" auch als Synonym für Gift oder im französischen Jargon für irgendein Produkt von schlechter Qualität."

Die Bezeichnung "Droge" stellt also keineswegs einen eindeutigen Begriffsinhalt dar. Zu unterschiedlich sind die Auffassungen darüber, und die Bandbreite erstreckt sich von der Heilkraft der Medikamente über Abhängigkeiten bis zum physischen und psychischen Verfall.

Das "WHO Expert Committee on Dependence-Producing Drugs" definierte 1969 diesen Begriff wie folgt: "Droge ist jede Substanz, die, dem lebenden Organismus zugeführt, eine oder mehrere seiner Funktionen zu verändern vermag." Dabei wies das genannte Expertenkomitee ausdrücklich darauf hin, daß diese Definition bewußt breiter gefaßt sei als die Umschreibung jener Substanzen, deren Gebrauch stets im Zusammenhang mit einem therapeutischen Nutzen für den Patienten stehe (zit. n. WARTBURG).

Im medizinischen, speziell im psychiatrischen Bereich wird auf die Begriffsbestimmung von PETERS verwiesen, der Droge versteht als

- Sammelbezeichnung für Arzneimittel, die durch Trocknung von Pflanzen gewonnen und haltbar gemacht wurden,

- einen Stoff, der eine Wirkung auf das Zentralnervensystem haben und deswegen Abhängigkeit erzeugen kann.

Drogen sind Angehörige einer großen Familie von Stoffen, die zunächst in
- natürliche und
- synthetische Produkte
eingeteilt werden (WILLARD).

Eine weitere Differenzierung von ihrer Wirkung her ist die Aufteilung in
- beruhigende,
- schmerzlindernde,
- stimulierende und
- aufputschende Stoffe, sowie
- Halluzinogene-Rauschmittel im engsten Sinne (WILLARD).

3.2. ALLGEMEINE FRAGEN UND SACHVERHALTE ZUR TOXIKOMANIE

Toxikomanie bedeutet Besessenheit, krankhafte Leidenschaft nach Stoffen, wie Arzneimittel, Rauschdrogen, Narkotika, Alkohol, Nikotin ..., die bei Überdosierung zu gewissen psychischen und/oder physischen krankhaften Erscheinungen führen können.

PETERS versteht die Toxikomanie als die allgemeinste Bezeichnung für Gewöhnung an Drogen oder Abhängigkeit von Drogen. Toxikomanie umfaßt alle Schweregrade und Arten von Drogen-Abhängigkeit, Sucht, Alkoholismus und Gewöhnung und kann anstelle jeder einzelnen dieser Bezeichnungen verwendet werden. Nach einem anderen Sprachgebrauch werden nur Zu-

stände pathologischen Verlangens nach anderen Giften als Alkohol als Toxikomanie bezeichnet, insbesondere das Verlangen nach Beruhigungs- und Schlafmitteln, schmerzvertreibenden und stimulierenden Mitteln.

Polytoxikomanie definiert PETERS als Drogenabhängigkeit von mehreren oder vielen Drogen und Alkohol, die teils nacheinander, teils gleichzeitig genommen werden. Unter europäischen Verhältnissen bleiben die meisten Süchtigen nicht einem Mittel treu, sondern wechseln es je nach Wirkung oder durch äußere Umstände bedingt.

Gibt sich jemand gewohnheitsmäßig - wobei unterschiedliche zeitliche Intervalle die Regelmäßigkeit nicht ausschließen - dem Genuß eines Rauschgiftes hin, so bezeichnet man ihn als süchtig, wenn er von dieser seiner Gewohnheit nicht mehr lassen kann (GRUHLE). Das beinhaltet ein Mißverhältnis zwischen Gewohnheit und Willenskraft, die im Normalfall harmonisch aufeinander abgestimmt sind. Der Süchtige ist an seine Droge derart gebunden, daß er - wie es der 2. Teil der Definition zum Ausdruck bringt - ohne Fremdhilfe nicht geheilt werden kann.

GABRIEL formulierte folgende Definition: "Sucht ist das dringende Verlangen nach Beseitigung einer dauernden, in der Anlage der Persönlichkeit gegebenen, quälenden seelischen Gleichgewichtsstörung mit Hilfe äußerer Mittel."

Nach FEUERLEIN ist der Begriff der Sucht mehrdeutig. Etymologisch hängt er zusammen mit dem Wort "siech". "Sucht" ist einmal gleichbedeutend mit Krankheit (z.B. Wassersucht, Gelbsucht), zum anderen hat sie die Bedeutung eines Lasters (z.B. Habsucht, Eifersucht).

In jüngster Zeit wurden verschiedene Suchtmodelle diskutiert. So gibt es einerseits das psychiatrische Modell. Für den deutschen Sprachgebrauch war lange Zeit die Definition von LAUBENTHAL maßgebend, der Sucht versteht als begierdemäßiges Verlangen aus und unter Zwang, das nicht mehr aus einer verantwortlichen, selbstdirigierenden Persönlichkeit heraus erwachsen ist und dem das Merkmal einer freien Entscheidungsmöglichkeit im weiten Umfang fehlt.

Das pharmakologische Suchtmodell orientiert sich an dem unbezwingbaren Verlangen nach der Droge, an Toleranzerscheinungen, an speziell gearteten, unangenehmen Abstinenzsymptomen und an der Rückfallneigung. Der Süchtige ist einer Droge verfallen, wobei es sich meist - aber nicht immer - um ein Narkotikum handelt. Ihr Ursprung liegt in einer Persönlichkeitsstörung, die verschiedenartig sein kann, aber am häufigsten in der Unfähigkeit besteht, die Wirklichkeit zu erkennen (ADAMS).

Beide Modelle haben gestörte Persönlichkeitsstrukturen und das Verlangen nach diesen Suchtmitteln gemeinsam.

Die Weltgesundheitsorganisation - WHO - stellt in ihrer Proklamation die Auswirkungen der Drogen auf das Individuum und die Gesellschaft in den Vordergrund und kommt zu dem Ergebnis, daß Drogensucht ein für den einzelnen und für die Gesellschaft schädlicher Zustand periodischer oder chronischer Vergiftung ist, hervorgerufen durch wiederholten Konsum einer natürlichen oder synthetischen Droge.

Suchtkennzeichen sind insbesondere
- das unbezwingbare Verlangen - der Zwang -, die Droge weiterhin zu nehmen und sie mit allen Mitteln zu erlangen,
- der Hang, die Dosis zu erhöhen,
- die psychische und mitunter physische Abhängigkeit,

- die schädliche Wirkung für den einzelnen und für die Gesellschaft (WHO).

Wie jede Sucht, so ist auch die Drogensucht der Jugendlichen keine Erkrankung sui generis, sondern ein Symptom. Deutlicher noch als bei den klassischen Suchtleiden spielen jedoch bei ihrer Entwicklung soziale Faktoren eine bedeutsame Rolle, was insbesondere für den Mißbrauch der sogenannten weichen Drogen zu gelten scheint (WEITBRECHT u. GLATZEL).

Alle Definitionen scheiterten letzten Endes an Terminologieschwierigkeiten und Interpretationsunterschieden (WARTBURG). Die Medizin forderte ein verstärktes Interesse an einer weltweiten Kontrollmöglichkeit. Die WHO veröffentlichte deshalb im Jahre 1957 folgende Aussage: "Suchterzeugende Drogen bedürfen strenger internationaler und nationaler Kontrollen."

1964 ersetzte die WHO das Wort Sucht wegen seiner Unschärfe und Mehrdeutigkeit durch den Begriff der Drogenabhängigkeit und stellt damit die Beschreibung der Beziehungen zwischen Droge und Individuum besser in den Vordergrund.

4. KOMPETENZ DES STAATES

"Der Mensch ist frei und wäre er in Ketten geboren." Diese paradox anmutende Formulierung Friedrich SCHILLERS meint die Willensfreiheit des Menschen, die von der menschlichen Handlungsfreiheit klar geschieden werden muß. Auch wer in Ketten liegt, physisch also unfrei ist, kann wollen, daß die Macht seiner Peiniger gebrochen wird, kann psychischen Widerstand leisten, kann das geforderte Geständnis verweigern, kann sich zu seiner Überzeugung bekennen, kann zum Märtyrer werden.

So war es nach den Vorstellungen SCHILLERS und des deutschen Idealismus. Heute sehen wir auch diese den Wesenskern der menschlichen Persönlichkeit bildende Möglichkeit des freien Denkens und Wollens durch Praktiken der modernen Psychiatrie und Pharmakologie gefährdet. In Kenntnis dieser Tatsache beschwor der ungarische Kardinal MINDSZENTY vor seiner Verhaftung die freie Welt: "Denken Sie immer daran: Jedes Geständnis, das ich während meiner Haft machen sollte, wird eine Lüge sein oder aber die Folge menschlicher Schwäche" (Münchner Merkur v. 3.2.1969).

Unter Handlungsfreiheit ist die Fähigkeit des Menschen zu verstehen, seinen Willen in die Tat umzusetzen, z.B. den Aufenthalt zu bestimmen, eine Familie zu gründen, an einer Versammlung teilzunehmen, den Beruf zu wechseln, seine Religion zu wählen und vieles andere mehr. Der Kundige weiß, daß diese Aufzählung wichtige verfassungsrechtliche Grundrechte wiedergibt.

Während dem Denken und Wollen keine rechtlichen Schranken gesetzt werden, sind die natürlichen Grenzen der Handlungsfreiheit weitaus enger. Sie werden besonders deutlich im Nachsatz des Art. 2 Abs. 1 des Grundgesetzes:

> *"Jeder hat das Recht auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt."*

Diese Formulierung wirft insbesondere die Frage auf, ob unter dem Begriff der freien Entfaltung der Persönlichkeit die menschliche Handlungsfreiheit im weitesten Sinne zu verstehen ist oder ob sie sich entsprechend des 2. Halbsatzes auf ein Mindestmaß - selbstverständlich unter Wahrung der Menschenwürde - zu beschränken habe.

Die Handlungsfreiheit kann vernünftigerweise nicht als uneingeschränkte Freiheit gedacht und gewollt sein. Auch die Bayerische Verfassung, die dem Grundgesetz viele Anregungen gab, erläutert die Handlungsfreiheit so, daß jedermann die Freiheit habe, innerhalb der Schranken der Gesetze und der guten Sitten alles zu tun, was anderen nicht schadet.

Als Ausdruck absoluter Handlungsfreiheit in einem liberalen, demokratischen Rechtsstaat - wie der Bundesrepublik Deutschland - könnte man durchaus argumentieren, daß jedermann das Recht besitze, ohne staatliche Einmischung darüber zu entscheiden, ob und welches Rauschmittel er konsumieren will. Freiräume in der privaten Sphäre sind tatsächlich denkbar und das drogenorientierte Streben nach "Glück" sollte nicht allein deshalb unter Strafe gestellt werden, weil diese Mittel der Gesellschaft als untauglich oder verurteilungswürdig erscheinen.

Die Gefahr der Eskalation, der negativen Auswirkung auf Dritte ist unbestritten. Neben der drogenbedingten physischen und/oder psychischen Schädigung des Betroffenen - sie stellt genau so wenig eine Rechtsausübung dar wie der an sich straflose Selbstmord - ergeben sich bewußt oder unbewußt Konsequenzen für Familie, Angehörige und Gesellschaft in vielen Bereichen.

Das "abstrakte Grundrecht" des freiheitlichen Drogengebrauchs muß also dort seine Einschränkung erfahren, wo mögliche schädliche Drittwirkungen von einer gewissen gesellschaftlichen Relevanz zu befürchten sind.

Der Auftrag des Gesetzgebers, die Gesellschaft mit Strafnormen vor den Folgen des Drogenabusus zu schützen, wird

allgemein nicht nur anerkannt, sondern dies wird im Sinne der Sittengesetze als Pflicht gefordert.

Das verbesserte Betäubungsmittelgesetz wird dieser Forderung weitgehend gerecht. Es stellt eine Sofortmaßnahme noch vor der eingeleiteten Neuordnung des gesamten Suchtmittelrechts dar. Eine sinnvolle Verwirklichung ist aber erst zu erwarten, wenn auch die Entwicklungen im internationalen Bereich einen gewissen Abschluß gefunden haben werden.

Das Verwahrungsgesetz befaßt sich auch mit rauschgift- und alkoholsüchtigen Personen. Diese können in einer Heil- oder Pflegeanstalt, einer Nervenklinik, einer Entziehungsanstalt oder sonst in geeigneter Weise untergebracht ("verwahrt") werden, wenn sie gemein- oder selbstgefährlich sind und ihre Unterbringung aus Gründen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung erforderlich ist.

Neben den Strafandrohungen des Betäubungsmittelgesetzes und der Zollbestimmungen sieht das Strafgesetzbuch in den Bestimmungen der §§ 61 ff flankierende Maßnahmen von großer Tragweite vor, auf die noch näher eingegangen werden wird.

Der Vollständigkeit wegen sind als weitere gesetzgeberische Maßnahmen zu nennen

- die Änderung der Apothekenbetriebsordnung, um die im Rahmen der Beschaffungskriminalität stark angestiegenen Apothekeneinbrüche zu erschweren,
- die Änderung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung, um die Verfügbarkeit von Arzneimitteln, die als Rauschdrogen benutzt werden, noch stärker einzugrenzen und unter Kontrolle zu halten und
- Novellierungen im Arzneimittelgesetz, um auch solche Arzneimittel der Rezeptpflicht zu unterstellen, die bei mißbräuchlicher Verwendung gesundheitliche Schäden bewirken können.

Durch eine Novellierung des Betäubungsmittelgesetzes wurde deutlich gemacht, daß jeglicher Verkehr mit Betäubungsmitteln strafbewehrt ist, sofern kein Erlaubnistatbestand vorliegt.

Weitere Änderungen sehen vor, daß mit Freiheitsstrafe bis zu 5 Jahren belegt wird, wer Betäubungsmittel ohne Genehmigung anbaut, herstellt, vertreibt oder andere zum Gebrauch von Betäubungsmitteln verleitet. In schweren Fällen der Rauschgiftkriminalität soll der Strafrahmen bis zu einer Höchststrafe von 15 Jahren ausgedehnt werden.

Strafmilderung soll gewährt werden, wenn dazu beigetragen wurde, daß eine Rauschgifttat über den eigenen Beitrag hinaus aufgedeckt werden konnte oder für den, der freiwillig sein Wissen so rechtzeitig mitgeteilt hat, daß Straftaten verhindert werden können.

Der Entwurf sieht ferner die Möglichkeit vor, zur Erleichterung der Wiedereingliederung von Rauschgifttätern in die Gesellschaft eine Führungsaufsicht anzuordnen.

5. DIE ENTWICKLUNG DES BETÄUBUNGSMITTELGESETZES

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts fand das Opiumproblem allmählich Eingang in das Bewußtsein der Bevölkerung. Obwohl verschiedene Autoren frühzeitig auf die Suchtgefahren hingewiesen hatten, sahen die amtlichen Stellen in Deutschland lange Zeit keinen öffentlichen Mißstand und somit keinen Anlaß, besondere Maßnahmen zu ergreifen (ELLINGER). Opium, Morphin und Heroin wurden wie auch Cocain und Indischer Hanf ursprünglich als Arzneimittel behandelt. Ihr Freihalten und

ihr Verkauf wurde durch die Kaiserliche Verordnung, betreffend den Verkehr mit Arzneimitteln vom 22. Oktober 1901 - RGBl. I S. 380 -, den Apotheken übertragen. Eine Strafbestimmung enthielt diese Verordnung nicht.

Im Jahre 1909 trat eine erste internationale Kommission unter Führung der USA in Shanghai zusammen, bei der auch Deutschland vertreten war. Die Ergebnisse dieser Beratung bestanden in unverbindlichen Empfehlungen an die Regierungen der beteiligten Staaten. Es wurde unter anderem gefordert, die Produktion und den Handel mit Morphium und seinen Derivaten einer Überwachung zu unterstellen. Dieses Übereinkommen bedeutete den Beginn der Gesetzgebung auf dem Rausch- und Betäubungsmittelsektor.

Drei Jahre später trat ein weiteres internationales Gremium in Den Haag zusammen und erarbeitete das Haager Abkommen vom 23. Januar 1912. Die Vertragspartner sollten verpflichtet werden

- die Produktion, den Handel und die Ausfuhr von Rohopium zu überwachen,
- die Ausfuhr von Rohopium nach Ländern mit Importverbot zu verhindern,
- die Fabrikation und den Handel von zubereitetem Opium schrittweise zu unterbinden und
- Produktion, Handel, Ein- und Ausfuhr von einer staatlichen Genehmigung abhängig zu machen - RGBl. I S. 6 1921 -.

Dieses Vertragswerk, das die wesentlichen Grundzüge des späteren und noch heute gültigen Betäubungsmittelgesetzes enthielt, wurde auch auf zwei weiteren Konferenzen in den Jahren 1913 und 1914 nicht ratifiziert, da sich die wirtschaftspolitischen Meinungsverschiedenheiten zwischen

England und Deutschland nicht beseitigen ließen. Bedingt durch den zunehmenden Drogenmißbrauch im Ersten Weltkrieg wurde in Deutschland am 22. März 1917 die "Verordnung, betreffend den Handel mit Opium und anderen Betäubungsmitteln", erlassen. Die Abgabeberechtigung für Opium, Morphin und Cocain, die ausschließlich als Heilmittel zugelassen waren, wurde den Apotheken übertragen. Zuwiderhandlungen wurden mit Gefängnis bis zu einem Jahr und/oder mit Geldstrafe bis 10.000 Mark bestraft. Eine Melde-, eine Lager- und eine Bezugscheinpflicht für den Besitz bestimmter Mengen an Betäubungsmitteln wurden eingeführt.

Mit dem Inkrafttreten des Versailler Vertrags wurde Deutschland verpflichtet, das Haager Abkommen von 1912 zu ratifizieren. Dieses Gesetz kam am 30. Dezember 1920 zur Ausführung. Verstöße gegen die Erlaubnis-, Bezugschein- und Lagerbuchführungspflicht sahen Gefängnisstrafen von 6 Monaten und/oder eine Geldstrafe bis 10.000 Mark vor.

Die damalige Zunahme der ärztlichen Verschreibung an suchtgefährdenden Medikamenten machte eine gesetzliche Neuregelung nötig.

Im Opiumgesetz von 1929 wurden erstmals auch den Ärzten Vorschriften über Art und Umfang von Betäubungsmittelverschreibungen auferlegt. Es war die Absicht des Gesetzgebers, die Suchtgefahr zu bekämpfen, nicht lediglich den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln zu regeln. Zudem übertrug das Gesetz dem Reichsgesundheitsamt weitgehende Kontrollbefugnisse. Die Strafandrohung bei Verstößen gegen den Rezeptzwang und die Verschreibungsvorschriften wurde auf drei Jahre Gefängnis erhöht.

Weitere Novellierungen wurden in den folgenden Jahren in das Opiumgesetz eingefügt, die es aber in sachlicher Hinsicht nicht mehr wesentlich beeinflußten.

Das Gesetz über die Errichtung eines Bundesgesundheitsamtes vom 27. Februar 1952 übertrug die Befugnisse und Pflichten des Reichsgesundheitsamtes dem Bundesgesundheitsamt. Durch das Änderungsgesetz vom 22. Dezember 1971 wurde das Opiumgesetz in "Betäubungsmittelgesetz" umbenannt und hat mit dem ÄndG. v. 2.3.1974 (BGBl. I S. 469, 549) eine vorläufig letzte wesentliche Änderung erfahren.

Es stellt jegliche Form des illegalen Verkehrs mit Suchtmitteln, vor allem aber die unerlaubte Herstellung, den unerlaubten Vertrieb und die unerlaubte Anwendung unter Strafe und bedroht die Mißachtung von Formvorschriften als Ordnungswidrigkeit mit einer Geldbuße bis zu 50.000,-- DM.

Verstöße gegen die eingangs erwähnten Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes konnen mit einer Freiheitsstrafe sowie einer möglichen Geldstrafe geahndet werden. Dauer und Bemessung der Freiheitsstrafe sowie die Festsetzung einer möglichen Geldstrafe richten sich nach §§ 38 ff StGB. In besonders schweren Fällen, die im Gesetz an Beispielen genannt sind, kann auf Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu 10 Jahren erkannt werden (JOACHIMSKI).

Das Gericht kann auch - außer bei besonders schweren Fällen - unter bestimmten Voraussetzungen von einer Bestrafung absehen. Dabei werden Staatsanwalt und Richter besonders den durch Art. 21 Nr. 44 EGStGB eingefügten § 153a StPO zu prüfen haben, der vorsieht, daß mit Zustimmung des zuständigen Richters und des Beschuldigten die Staatsanwaltschaft

von der Erhebung der öffentlichen Klage absehen und zugleich dem Beschuldigten bestimmte Auflagen (z.B. Zahlung einer Geldstrafe) erteilen kann.

Geldstrafen bzw. Geldbußen, auch wegen einfach gelagerter Vergehen gegen das Betäubungsmittelgesetz, sind problematisch. Sie sollten tatsächlich nur in Ausnahmefällen verhängt werden, weil sie auch von Jugendlichen durch eigenes Einkommen, Zuwendungen oder Beschaffungskriminalität relativ leicht aufgebracht werden können und der Abschreckungs- bzw. Einhalteeffekt fehlt. Hingegen bergen empfindlich höhere Geldstrafen für den Betroffenen die Gefahr wirtschaftlicher Schwierigkeiten und möglicherweise ein Abgleiten in weitere Kriminalität.

Das Gericht hat deshalb ernsthaft zu prüfen, ob mit einer Freiheitsstrafe der Strafzweck besser zu erreichen ist.

Bei sog. Einstiegstätern könnte in einfach gelagerten Fällen für Jugendliche und Heranwachsende, soweit sie gem. § 105 JGG nach dem Jugendstrafrecht beurteilt werden, die Anwendung des § 16 JGG (Jugendarrest) eine durchaus akzeptable Erziehungsmaßnahme sein, weil

- der Jugendliche/Heranwachsende persönlich betroffen wird, was bei einer Geldstrafe nicht immer zutrifft,
- eine erzieherische und informative Beeinflussung besser möglich ist,
- negativen Auswirkungen einer Freiheitsstrafe begegnet und
- durch Beschränkung der persönlichen Freiheit für eine nur kurze Zeit eine bessere Präventivwirkung erzielt wird.

Das Suchtmittelgesetz der DDR vom 19. Dezember 1973 geht in einigen Bestimmungen über die internationale Konvention hinaus. So wird der medizinische Gebrauch von Suchtmitteln

auf wenige Präparate eingeschränkt und nur dann zugelassen, wenn der Erfolg der ärztlichen Behandlung in anderer Weise nicht möglich ist. Die ärztliche Verordnung von Suchtmitteln unterliegt zusätzlichen Kontrollbestimmungen. Das Suchtmittelgesetz der DDR unterscheidet sich vom Betäubungsmittelgesetz der Bundesrepublik Deutschland vor allem durch erheblich höhere Strafandrohungen (FAZ).

Das Betäubungsmittelgesetz der Schweiz ist dem der Bundesrepublik Deutschland sowohl tatbestandsmäßig wie auch von der Strafnorm her ähnlich. Im Interesse einer weitgehend gleichen rechtlichen Behandlung bestehen jedoch Richtlinien für das Strafmaß, die u.a. bei einem nur gelegentlichen Konsum von Haschisch oder LSD eine relativ geringe Geldstrafe vorsehen.

Im internationalen Vergleich liegt die Strafandrohung des Betäubungsmittelgesetzes noch an der unteren Grenze vergleichbarer Zivilisationsstaaten. So sehen die entsprechenden Gesetze anderer Staaten folgende Strafen vor:

- Großbritannien: bis zu 10 Jahren Freiheitsstrafe,
- Frankreich: bis zu 10 Jahren Freiheitsstrafe,
- Italien: bis zu 8 Jahren Freiheitsstrafe,
- Schweden: bis zu 12 Jahren Freiheitsstrafe,
- Österreich: bis zu 10 Jahren Freiheitsstrafe,
- Spanien: 6 bis 12 Jahre, in Ausnahmefällen bis zu 20 Jahren Freiheitsstrafe,
- Türkei: bis zu lebenslanger Freiheitsstrafe, in Ausnahmefällen auch die Todesstrafe,
- USA: bis zu 12 Jahren Freiheitsstrafe,
- Kanada: bis zu lebenslanger Freiheitsstrafe

(JOACHIMSKI).

Das Betäubungsmittelgesetz der Bundesrepublik Deutschland findet nicht die uneingeschränkte Zustimmung von Juristen und Medizinern. Umstritten sind insbesondere

- die mittelbare Pönalisierung des Konsums, dem strafbewehrte Handlungen - Einfuhr, Ausfuhr, Gewinnung, Herstellung, Erwerb oder Besitz - in aller Regel vorgelagert sind,

- die Mißachtung des liberalen Grundsatzes des geltenden Strafrechts, Selbstgefährdungen und Selbstschädigungen straflos zu lassen,
- die Auffassung, die mittelbare Bestrafung des Konsums diene der Volksgesundheit, trage zum Abbau der Zahl drogenbedingter Frührentner bei und sei zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit der Gesellschaft und aus Gründen des Familienschutzes notwendig.

Unterschiedliche Meinungen bestehen auch
- hinsichtlich der vermuteten Gefährlichkeit der dem BtmG unterstellten Drogen,
- zur Frage des Gleichheitsgrundsatzes in der rechtlichen Behandlung von Drogen einerseits und Suchtstoffen, wie Alkohol und Nikotin, andrerseits sowie in der Gleichstellung von "harten" und "weichen" Drogen und
- letztlich über den Begriff der "geringen Mengen" von Betäubungsmittel i.S. des § 11 Abs. 5 BtmG (zit. n. ELLINGER).

6. KRIMINOLOGISCHE ASPEKTE DER RAUSCHGIFTDELIKTE

Die eskalierende Entwicklung der Rauschgiftkriminalität ist neueren Datums. Ein geschichtlicher Rückblick zeigt, daß die Kriminalstatistik des Statistischen Reichsamtes Berlin einschlägige Verurteilungen erst seit dem Jahre 1921 aufweist, obwohl Strafbestimmungen bereits seit der Opiumverordnung vom 22. März 1917 existierten. Bis Mitte der Sechziger Jahre spielte die Rauschgiftkriminalität in der Bundesrepublik Deutschland absolut und im Vergleich zur Gesamtkriminalität eine nahezu unbedeutende Rolle. Nach ZÜHLSDORF waren Rauschgifttäter vorwiegend klassische Morphinisten, Ärzte und Pflegepersonal.

Spätestens 1967 änderte sich das Bild. Die absoluten Zahlen der Verurteilten kletterten in den Jahren von 1967 bis 1971 auf 5.875. Besonders auffällig war die Umstrukturierung der Altersgruppen. Im Jahre 1970 waren zwei Drittel aller Verurteilten unter 21 Jahre alt. In den Jahren 1971 und 1972 wurden die Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz als typische Jugenddelikte beurteilt. Haschisch und LSD bestimmten damals den Drogenmarkt. Doch es ließ sich bereits bei zunehmender Brutalisierung der Trend zur harten Droge, vor allem zum Heroin, erkennen.

Selbst wenn der Süchtige noch in der Lage sein sollte, den körperlichen und psychischen Verfall zu registrieren, vermag er dem Konsumzwang nicht zu widerstehen. Er faßt vielleicht sogar den Vorsatz, auf Drogen zu verzichten, doch seine Energie zur Abwehr erlahmt; immer wieder erfährt er Rückfälle, die sein Selbstbewußtsein schwächen, seinen Selbstwert erniedrigen, ihn in zunehmende Verzweiflung stürzen, aus der er sich nur durch vermeintliche erneute Einspritzungen oder orale Einnahmen - beim Heroin und Cocain durch "Schnüffeln" - zu retten glaubt. Er ist dem Mittel völlig verfallen.

Die Notwendigkeit, große Geldbeträge zur Finanzierung seines Rauschgiftkonsums aufzuwenden, gefährdet und untergräbt die wirtschaftliche Existenz des Abhängigen und verleitet ihn nicht nur, sich die notwendigen Mittel auf unrechtmäßige Weise zu verschaffen, sondern auch andere kriminelle Handlungen zu begehen. Er stiehlt und betrügt - raubt und tötet in extremen Fällen -, um der Befriedigung seiner Sucht willen, und er wird vor allem zum Händler ("Dealer").

In der Kriminologie der Rauschgiftdelikte sind zu unterscheiden

- der Täter, der schon durch die Befriedigung seiner Sucht mit dem Strafrecht in Konflikt gerät (Eigenverbrauch) und

- der nicht drogenabhängige oder doch mehr oder minder rauschgiftsüchtige Täter, der illegalen Handel mit Rauschgiften betreibt.

Bei den straffälligen Rauschgiftsüchtigen handelt es sich meist nicht um jene Straftäter, die aus einem inneren Hang oder wegen ihrer kriminellen Veranlagung gesetzliche Normen verletzen. Sie werden vielmehr durch das "Gift" zum Rechtsbrecher, weil sie wegen ihrer Abhängigkeit unter Beschaffungszwang stehen. Als Süchtige sind sie zugleich Kranke und werden nach unseren Vorstellungen auch als solche behandelt, obwohl es sich nicht um eine schicksalhafte und ohne eigenes Zutun bewirkte Krankheit handelt.

Früher wurde dem schwer Drogenabhängigen bei rechtswidrigen Handlungen nur zur Beschaffung des Mittels der Schuldausschließungsgrund des damaligen § 51 Abs. 1 StGB zugebilligt. Es erfolgte seine Einweisung in eine geschlossene Anstalt wegen Selbstgefährdung und wegen voraussehbarer rechtswidriger Handlungen.

In der Schweiz wird diese Einstellung bei relativ seltenen kriminellen Handlungen unter Drogenwirkungen vielfach beibehalten. Der schwer Drogenabhängige wird bei einem Beschaffungsdelikt als "unzurechnungsfähig" behandelt und in eine geschlossene Abteilung eingewiesen; bei anderer Delinquenz wird dem schwer drogenabhängigen Straftäter in der Regel eine erheblich verminderte Zurechnungsfähigkeit zugebilligt.

Rauschgiftabhängige verüben speziell und suchtbedingt vorwiegend Betrugsdelikte. Fälschungsbetrügereien, als hinterhältig - link -, also negativ eingeschätzt, sind deutliche Symptome der in der Drogenszene einsetzenden Kriminalisierung,

Demoralisierung und Profitgier. Bei der Ursachenforschung stößt man auf zunehmende Verarmung an Wertvorstellungen und sittlichen Normen des fortgeschrittenen Drogenabhängigen (KREUZER, WEITBRECHT u.a.). Sich vom Drogenleben loszusagen, ist er nicht mehr in der Lage. Die letzten Brücken zu einem anderen Bekanntenkreis sind meist gebrochen. Gleichgültigkeit, Rücksichtslosigkeit und/oder Haltlosigkeit bestimmen sein Leben.

Denken, Planen, Handeln sind auf die "Droge" ausgerichtet. In seinem wachsenden Mißtrauen und der zunehmenden Vereinsamung wird das "Linken" sichtbares Zeichen seiner Lebensführung (KREUZER). Die Opfer sind neben auszuschaltenden Konkurrenten bevorzugt Einstiegstäter, unerfahrene Fremde ohne festen Wohnsitz und Arbeitsplatz, also ein Personenkreis, von dem nicht zu befürchten ist, daß er polizeiliche Ermittlungen einleitet. Der geprellte Käufer gefälschter Drogen scheut sich meist, Anzeige zu erstatten, weil er weiß, selbst gegen bestehende Gesetze verstoßen zu haben. Der Dealer bleibt oft unbestraft.

Die Ausweitung vom "Linken" zur räuberischen Erpressung ist mit fortschreitender Drogendeprivation kein seltenes Delikt (KREUZER). Sollte in Einzelfällen dennoch ein Gerichtsverfahren eingeleitet werden, sind Wahrheits- und Urteilsfindung deshalb schwierig, weil die Zeugen in der Regel selbst belastet sind und wegen der Abhängigkeit zum Dealer ein Solidarisierungsgefühl besitzen. Erklärungen und belastende Aussagen im Ermittlungsverfahren werden vielfach aus Angst widerrufen. Die Belastung anderer in der Erwartung eigener Strafmilderung ist aber nahezu ebenso häufig.

Nicht selten versucht der "Gelinkte", seine Ware nach erneuter Stoffbehandlung weiter zu verkaufen. Dabei nimmt er selbst die Verhaltensweisen eines "Linkers" an (KREUZER). Es ist

deshalb kaum verwunderlich, daß das Mißtrauen gegenüber allen Rauschgifthändlern unter den Drogenkonsumenten ständig wächst. Engpässe im Drogenschwarzmarkt sowie Gewinninteresse und Experimentierfreudigkeit wirken verstärkend. So ist es keineswegs der kleine Fixer und Dealer, der den Handel mit Drogen gewinnbringend betreibt. Die ausschließlich kommerziellen Interessen werden vorwiegend von Rauschgiftunabhängigen wahrgenommen.

Über die illegale Inlandsherstellung und Verbreitung von Drogen durch professionelle Gruppen gibt es keine zuverlässigen Unterlagen und Statistiken. Es darf jedoch mit großer Wahrscheinlichkeit angenommen werden, daß es sich sowohl bei Herstellern wie auch Fälschern um den gleichen Personenkreis handelt.

Die Anfälligkeit des Drogenmarktes verdeutlicht folgende nähere Betrachtung: Für die Herstellung von Drogen müssen die Ausgangsprodukte meist auf Schleichwegen, nicht selten über das Ausland, bezogen werden. Dies setzt ein gut funktionierendes System von zuverlässigen Lieferanten und Mittelsmännern, Dealern und Einzelabnehmern voraus. Die Verarbeitung führt zu mehr oder weniger unreinen Produkten. Es entstehen gestreckte oder gar untaugliche Drogen, auch als Placebo oder Scheindrogen bezeichnet. Für diese letztgenannte Gruppe eignet sich der Halluzinogenmarkt vorzüglich. Die Vielzahl unterschiedlicher Handelsformen - Ampullen, Dragées, Kapseln, Tabletten, Pulver, Lösungen auf Löschblättern, Filz usw. - wie auch die verschiedenen Handelsnamen erschweren es dem Käufer zunächst sehr, die Ware schnell und sicher zu überprüfen (KREUZER).

Prinzipiell sind alle Drogen streckbar. Dies geschieht vorwiegend, um mangelnden Nachschub auszugleichen, den Umsatz zu steigern und Gewinn zu erzielen. Der Einzelabnehmer

erhält bei Haschisch, Ganja oder Marihuana selten reine Stoffe. Die verschiedenen Herkunftsländer, Abpackungen und Namen erleichtern die Fälschungen. Als Streckmittel werden bei Haschisch insbesondere Honig, Mehl, Blockschokolade, Kuh- oder Kamelmist verwandt. Schwarzer Afghan oder roter Libanon werden oft mit schwarzem Teer, schwarzer oder roter Schuhcreme oder Ketchup gefärbt. Tapetenkleister, mit Opiumtinktur oder Haschisch vermengt, dient als Bindemittel (KREUZER).

Untersuchungen von Straßenproben in den Jahren 1970/71 ergaben, daß 30 % davon sich als pharmakologisch indifferent erwiesen und ein weiterer Teil zumindest unrein war (MATTKE). Die Gefahr für den Konsumenten besteht darin, daß ihm Synthese, Verträglichkeit und Wirkung unbekannt sind. Dieses Risiko nimmt der Abhängige in Kauf; Gesundheitsschäden und Todesfälle beim Konsum beweisen es. Die Therapie wird zusätzlich erschwert, weil sich der Kliniker nicht auf die Angaben des Patienten verlassen kann.

Bezeichnend für die zunehmende Kriminalisierung der Drogenszene ist die Radikalisierung. Dealer und Süchtige verfügen vielfach über Schußwaffen, Gaspistolen, Messer, Schlagringe und andere gefährliche Werkzeuge und setzen damit ein Zeichen enger Nachbarschaft der Drogensubkulturen mit anderen kriminellen Kreisen. Einbruch, Raub und Erpressung Szenenzugehöriger untereinander sind Ausdruck höchst aggressiven Verhaltens.

Ergänzend sollen 3 Bilder diese Persönlichkeitsveränderungen verdeutlichen. Bei diesen Archivaufnahmen eines leitenden Polizeibeamten in Kabul handelt es sich um drogenabhängige Christen, die im Rauschzustand von süchtigen Moslems aus Glaubensgründen ermordet wurden.

3

Das Bundeskriminalamt belegt die steigende Betäubungsmittel - Beschaffungskriminalität eindrucksvoll durch nachfolgende Statistik:

Straftat	F ä l l e 1977	1976	Zu/Abnahme in %
Raub zur Erlangung von Betäubungsmitteln	130	89	+ 46,1
Diebstahl ohne erschwerende Umstände darunter			
von Btm aus Apotheken	34	35	- 2,9
von Btm aus Arztpraxen	50	35	+ 42,9
von Btm aus Krankenhäusern	171	122	+ 40,2
von Btm bei Herstellern und Großhändlern	23	23	------
von Rezeptformularen zur Erlangung von Btm	580	327	+ 77,4
Diebstahl unter erschwerenden Umständen darunter			
von Btm aus Apotheken	1.188	767	+ 54,9
von Btm aus Arztpraxen	344	249	+ 38,2
von Btm aus Krankenhäusern	115	95	+ 21,1
von Btm bei Herstellern und Großhändlern	19	19	------
von Rezeptformularen zur Erlangung von Btm	132	127	+ 3,9
Fälschung zur Erlangung von Btm	2.198	1.551	+ 41,7
G e s a m t	4.984	3.439	+ 44,9

7. FORENSISCH-PSYCHIATRISCHE BEGUTACHTUNG

7.1. GRUNDSÄTZLICHES

Die forensische Psychiatrie befaßt sich mit der rechtlichen Behandlung des psychisch kranken und abnormen Menschen im zivilrechtlichen und öffentlich-rechtlichen Lebensbereich.

Jede Rechtsanwendung muß - neben anderen rechtlichen Beurteilungen - die Prüfung der Schuldfähigkeit des Betroffenen einschließen. Deshalb werden bei der forensisch-psychiatrischen Begutachtung die §§ 20 und 21 StGB stets besonders zu prüfen sein. Sie lauten:

"Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen (§ 20 StGB)
Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewußtseinsstörung oder wegen Schwachsinns oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln."

"Verminderte Schuldfähigkeit (§ 21 StGB)
Ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 bezeichneten Gründe bei Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe nach § 49 Abs. 1 gemildert werden."

§ 20 StGB normiert bei bestimmten psychischen Anormalien nach biologisch-psychologischen Gesichtspunkten einen Schuldausschließungsgrund.

Zum weiten Feld krankhafter seelischer Störungen können auch die durch Rauschgift verursachten Rauschzustände gehören (Intoxikationspsychose).

Die erheblich verminderte Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) ist für den Fall anwendbar, daß beim Täter seelische Störungen im Sinne des § 20 StGB bei Tatbegehung vorlagen, Einsichts- und Steuerungsfähigkeit jedoch noch - wenn auch erheblich vermindert - zur Tatzeit vorhanden gewesen sind (DREHER).

So führt fortgesetzter Rauschmittelgebrauch generell dazu, die Steuerungsfähigkeit des einzelnen erheblich zu beeinträchtigen.

Im Bereich der forensisch-psychiatrischen Begutachtung kommt dem medizinischen Sachverständigen eine besondere Bedeutung zu. Er zeigt im Strafverfahren die für bestimmte Beweisfragen benötigten Erfahrungssätze oder Grundlagen unter Einbeziehung neuester Forschungsergebnisse auf, wendet sie auf den bestimmten Sachverhalt an und stellt mittels besonderer Sachkunde entscheidungserhebliche Tatsachen fest. Dazu gehören u.a. Aussagen zur Schuldfähigkeit eines Täters oder zur Glaubwürdigkeit von Zeugen.

Damit sei festgestellt, daß es für den Sachverständigen nicht damit abgetan sein darf, eine Diagnose zu stellen; er muß auch die vom psychiatrischen Standpunkt aus sich ergebenden Folgerungen für die rechtliche Behandlung des Täters ziehen. So sind in jedem medizinischen Gutachten

- Feststellungen über den psychischen und somatischen Zustand des Täters zum Zeitpunkt der Untersuchung zu treffen,
- begründete Rückschlüsse auf den Zustand des Täters zur Zeit der Tat herzustellen,
- Aussagen darüber zu machen, ob und in welchem Umfang die im Gesetzestext angeführten Zustände
  - der krankhaften seelischen Störung oder
  - der tiefgreifenden Bewußtseinsstörung oder
  - des Schwachsinns oder
  - einer schweren anderen seelischen Abartigkeit

  beim Täter vorliegen,

- Stellung zur Einsichts- und Steuerungsfähigkeit zu nehmen, wenn die §§ 20, 21 StGB bejaht oder nicht ausgeschlossen werden,
- in bezug auf mögliche rechtliche Maßnahmen i.S. der Besserung und Sicherung Empfehlungen zu geben.

7.2. VERWAHRUNG UND EINSTWEILIGE UNTERBRINGUNG

Die allgemeine innere Verwaltung ist immer wieder vor die Aufgabe gestellt, Maßnahmen gegen einen Menschen ergreifen zu müssen, der infolge seines Geisteszustandes eine Gefahr darstellt.

Früher bot der Art. 80 des Polizeistrafgesetzbuches die Rechtsgrundlage, diese gefährliche Person auf dem Verwaltungswege in eine Heil- und Pflegeanstalt einzuweisen. Zuständige Verwaltungsbehörden waren die Landratsämter bzw. die entsprechende Behörde der kreisfreien Städte.

Die US-Militärregierung setzte im Jahre 1949 diese Bestimmung, die seit 1861 gegolten und sich gut bewährt hatte, mit der Begründung außer Kraft, daß gegen ein Prinzip der Demokratie verstoßen werde, wenn eine Freiheitsentziehung durch eine Verwaltungsbehörde und nicht durch ein Gericht angeordnet wird.

Dieser Grundsatz fand Eingang in das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland und verbürgt u.a. die Unverletzlichkeit der persönlichen Freiheit, in die nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden kann. Die Verfahrensvorschrift des Art. 104 Abs. 2 GG bestimmt, daß

über die Zulässigkeit und Fortdauer einer Freiheitsentziehung nur der Richter zu entscheiden hat. Bei jeder nicht auf richterlicher Anordnung beruhenden Freiheitsentziehung ist unverzüglich eine richterliche Entscheidung herbeizuführen.

Bayern schuf deshalb - dem Gebot des Grundgesetzes entsprechend - das Gesetz über die Verwahrung geisteskranker, geistesschwacher, rauschgift- oder alkoholsüchtiger Personen (Verwahrungsgesetz) vom 30. April 1952 (BayBS I S. 435). Zugleich wurde der Personenkreis, der für eine Verwahrung in Betracht kommen kann, ganz erheblich erweitert. Nunmehr können auch Rauschgift- und Alkoholsüchtige erfaßt werden, ohne daß sie geisteskrank oder geistesschwach sein müssen.

Der Zweck des Verwahrungsgesetzes besteht darin, die Allgemeinheit vor den Gefahren, die von geistig anormalen Personen ausgehen und auch diese Personen selbst zu schützen. Dieses Gesetz ist daher - was auch in der amtlichen Begründung des Regierungsentwurfs betont wurde - eine reine Sicherheitsbestimmung, und die Maßnahmen sind nach diesem Gesetz zeitlich nur sehr begrenzt möglich.

Die Verwahrung nach dem Verwahrungsgesetz ist von drei Voraussetzungen abhängig

- anormales Persönlichkeitsbild durch
  - Geisteskrankheit oder
  - Geistesschwäche oder
  - Rauschgiftsucht oder
  - Alkoholsucht,
- Gefährlichkeitsprognose wie
  - Gemeingefährlichkeit oder
  - Selbstgefährlichkeit und
- Erforderlichkeit des Gewahrsams aus Gründen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung.

Für die Begründung der Rauschmittelsucht und damit für die Anwendung des Verwahrungsgesetzes ist es belanglos, ob das Gift als Arzneimittel zugelassen ist. Auch Rauschgiftsucht durch Mißbrauch von Medikamenten kann Maßnahmen nach dem Verwahrungsgesetz auslösen.

In der Praxis kommt diesem Gesetz große Bedeutung zu, weil es die Rechtsgrundlage ist, sofort und angemessen gegen Personen vorzugehen, wenn die vorstehend angeführten Voraussetzungen zutreffen. Dabei gilt es vorrangig, das Sicherheitsrisiko auszuschalten, das Kranke für die Allgemeinheit oder für sich selbst bedeuten. Für den erkennenden Richter, der auf Antrag der Kreisverwaltungsbehörde nach gutachtlicher Anhörung des Gesundheitsamtes die Verwahrung anordnet, erübrigt sich vorerst die Ermittlung darüber, ob auch gegen Strafgesetze verstoßen wurde; die Anordnung der Verwahrung erfolgt ausschließlich aus Gründen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung.

Die Anwendung des Verwahrungsgesetzes ist nicht an eine Straftat geknüpft. Es kann im Bereich der Prävention sowohl für Medikamenten-Abhängige als auch für süchtige Straftäter angewendet werden, wenn es gilt, Gefahren von der Allgemeinheit oder vom Betroffenen selbst fernzuhalten.

Praktisch begründet das Verwahrungsgesetz nur eine kurzdauernde Unterbringung. Das erweist sich mehr bei Alkoholkranken als bei Drogenabhängigen förderlich.

Dem Verwahrungsgesetz kommt trotz der ihm zugrundeliegenden Gedankengänge in der umfassenden Bewältigung des Rauschgiftproblems eine nur sehr geringe Bedeutung zu, am meisten noch bei akuter Selbstgefährdung vor einer tödlichen Intoxikation.

Hingegen ist die einstweilige Unterbringung im Sinne des § 126a StPO eine Präventivmaßnahme im Vorgriff auf eine der genannten Unterbringungsarten und ist als "Vorschaltphase" auf ein zu erwartendes Strafverfahren zu verstehen. Bestätigt sich die Annahme, daß jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit oder der verminderten Schuldfähigkeit verübt hat, so ordnet das Gericht die geeignete in § 126a StPO

genannte Maßregel an. Mit dem Eintritt der Rechtskraft des Urteils endet die einstweilige Unterbringung und wird übergangslos Vollzug der entsprechenden Maßregel.

Einstweilige Unterbringung (§ 126a Abs. 1 StPO)
Sind dringende Gründe für die Annahme vorhanden, daß jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit oder verminderten Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 StGB) begangen hat und daß seine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt angeordnet werden wird, so kann das Gericht durch Unterbringungsbefehl die einstweilige Unterbringung in einer dieser Anstalten anordnen, wenn die öffentliche Sicherheit es erfordert.

Ab 1.1.1985 sieht § 126a StPO auch die einstweilige Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt vor.

7.3. DROGENMIßBRAUCH UND ENTMÜNDIGUNG - PFLEGSCHAFT

Der rasche Anstieg des Drogen- und Rauschmittelkonsums zu nichtmedizinischen Zwecken stellt zivilrechtlich die Frage, ob durch Entmündigung mit dem Ziel der Erreichung einer Vormundschaft ein fürsorglicher Beitrag für die Behandlung der Betroffenen geleistet werden kann. Grundlage des materiellen Entmündigungsrechts ist § 6 BGB, der die Entmündigung für Geisteskranke oder Geistesschwache, für Verschwender und Trunksüchtige vorsieht.

Entmündigung (§ 6 BGB)
(1) Entmündigt kann werden:
1. Wer infolge von Geisteskrankheit oder von Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag;
2. wer durch Verschwendung sich oder seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt;
3. wer infolge von Trunksucht oder Rauschgiftsucht seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag oder sich oder seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt oder die Sicherheit anderer gefährdet.
(2) Die Entmündigung ist wieder aufzuheben, wenn der Grund der Entmündigung wegfällt.

Voraussetzung der Entmündigung bei Alkoholismus ist das Vorliegen von Trunksucht, d.h. eines krankhaften Zustandes. Dem Patient muß die Kraft fehlen, dem Anreiz zum übermäßigen Alkoholgenuß zu widerstehen, wobei ein öfteres Betrunkensein das Merkmal Trunksucht nicht erfüllt. Zur Trunksucht muß außerdem eine der nachstehenden Folgen hinzukommen

- Unfähigkeit zur Besorgung eigener Angelegenheiten,
- Gefährdung der Sicherheit anderer durch
  - Gemeingefährlichkeit des Trinkers,
  - Neigung zu Gewalttätigkeiten,
  - Mißhandlungen der Angehörigen.

Durch den bindenden Beschluß des Bundesverfassungsgerichts vom 10.2.1960 ist eine richterliche Entscheidung nach Art. 104 Abs. 2 Satz 1 u. 2 des Grundgesetzes auch dann erforderlich, wenn der Vormund in Ausübung seines Rechts, den Aufenthalt eines "volljährig" Entmündigten zu bestimmen, diesen in einer geschlossenen Anstalt unterbringen will.

Rechtsgarantien bei Freiheitsentziehung (Art. 104 Abs. 2 Satz 1 u. 2 GG)
Über die Zulässigkeit und Fortdauer einer Freiheitsentziehung hat nur der Richter zu entscheiden. Bei jeder nicht auf richterlicher Anordnung beruhenden Freiheitsentziehung ist unverzüglich eine richterliche Entscheidung herbeizuführen.

In einigen Fällen - Gefahr im Verzug - kann nach § 1906 BGB ein Volljähriger, dessen Entmündigung beantragt ist, "unter vorläufige Vormundschaft" gestellt werden, wenn das Vormundschaftsgericht es zur Anwendung einer erheblichen Gefährdung der Person oder des Vermögens des Volljährigen für erforderlich hält.

Voraussetzungen für vorläufige Vormundschaft (§ 1906 BGB)
Ein Volljähriger, dessen Entmündigung beantragt ist, kann unter vorläufige Vormundschaft gestellt werden, wenn das Vormundschaftsgericht es zur Abwendung einer erheblichen Gefährdung der Person oder des Vermögens des Volljährigen für erforderlich erachtet.

Die Entmündigung ist aber nur äußerst selten erfolgt. Im Zusammenhang mit der Entmündigung (§ 6 BGB) muß von der Thematik dieser Arbeit her auch die Möglichkeit der Pflegschaft (§§ 1909 ff BGB) untersucht werden.

Ergänzungspflegschaft (§ 1909 Abs. 1 Satz 1 und Absätze 2 und 3)

(1) 1. Wer unter elterlicher Gewalt oder unter Vormundschaft steht, erhält für Angelegenheiten, an deren Besorgung die Eltern oder der Vormund verhindert sind, einen Pfleger.
2. .....
(2) Wird eine Pflegschaft erforderlich, so haben die Eltern oder der Vormund dies dem Vormundschaftsgericht unverzüglich anzuzeigen.
(3) Die Pflegschaft ist auch dann anzuordnen, wenn die Voraussetzungen für die Anordnung einer Vormundschaft vorliegen, ein Vormund aber noch nicht bestellt ist.

Sind die Gründe für eine Entmündigung nicht ausreichend, kann die Einleitung der Gebrechlichkeitspflegschaft gem. § 1910 BGB gerechtfertigt sein.

Gebrechlichkeitspflegschaft (§ 1910 BGB)

(1) Ein Volljähriger, der nicht unter Vormundschaft steht, kann einen Pfleger für seine Person und sein Vermögen erhalten, wenn er infolge körperlicher Gebrechen, insbesondere weil er taub, blind oder stumm ist, seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag.
(2) Vermag ein Volljähriger, der nicht unter Vormundschaft steht, infolge geistiger oder körperlicher Gebrechen einzelne seiner Angelegenheiten oder einen bestimmten Kreis seiner Angelegenheiten, insbesondere seine Vermögensangelegenheiten, nicht zu besorgen, so kann er für diese Angelegenheiten einen Pfleger erhalten.
(3) Die Pflegschaft darf nur mit Einwilligung des Gebrechlichen angeordnet werden, es sei denn, daß eine Verständigung mit ihm nicht möglich ist.

Die Praxis begnügt sich oft damit, auch wenn die Entmündigung mit der Folge der Vormundschaft zulässig und auch geboten wäre.

Die Pflegschaft entfällt außer bei Fortfall des Grundes (§ 1919 BGB) auch dann, wenn das Mündel die Aufhebung beantragt (§ 1920 BGB).

Aufhebung der Pflegschaft bei Wegfall des Grundes (§ 1919 BGB)
Die Pflegschaft ist von dem Vormundschaftsgericht aufzuheben, wenn der Grund für die Anordnung der Pflegschaft weggefallen ist.

Aufhebung der Gebrechlichkeitspflegschaft (§ 1920 BGB)
Eine nach § 1910 angeordnete Pflegschaft ist von dem Vormundschaftsgericht aufzuheben, wenn der Pflegebefohlene die Aufhebung beantragt.

Damit zeigt sich, daß die Einleitung einer Pflegschaft für einen Depravierten wenig erfolgversprechend ist. Die Untauglichkeit dieses Verfahrens ergibt sich auch daraus, daß die Aufenthaltsbestimmung mit dem Ziel der Unterbringung des Pfleglings in einer Entziehungsanstalt stets der vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung bedarf (Art. 104 Abs. 2 GG). Ein Drogenabhängiger wird in der Regel diese Absicht des Pflegers durch sein Aufhebungsbegehren (§ 1920 BGB) unterlaufen. Im Anschluß daran muß geprüft werden, ob die Selbstgefährdung noch so erheblich ist, daß diese die Unterbringung nach dem Verwahrungsgesetz begründet.

Diese Maßnahmen nach dem BGB, zu denen sich Angehörige kaum einmal entschließen können und wozu auch heute nur selten die richterliche Zustimmung eben unter dem Aspekt der persönlichen Freiheit gegeben wird, sind bei den gerichtlich geahndeten Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz nicht erforderlich. Die Einweisung in eine Entziehungsanstalt (§ 64 StGB), bei Aussichtslosigkeit dieser Maßnahme (§ 64 Abs. 2 StGB) in ein psychiatrisches Krankenhaus (§ 63 StGB), erfolgt neben der Strafe, wenn erhebliche rechtswidrige Handlungen aus dem Hang zu Suchtmitteln zu erwarten sind

- also nicht beim reinen Drogenkonsumenten, der lediglich sich selbst aber noch nicht andere gefährdet. Diesem ist die freiwillige Behandlung in einer offenen Drogenklinik angeboten, für die von den Krankenkassen bzw. nach dem Sozialhilfegesetz die Kosten getragen werden (MÖLLHOFF).

Illusionäre Überschätzungen dieser verhaltenstherapeutischen Hilfen werden indessen korrigiert, indem ein vorangehender körperlicher Entzug auf einer geschlossenen klinischen Abteilung gefordert wird. Die nur wenige Wochen oder Monate währenden Behandlungen müssen mehr und mehr durch Langzeittherapie von mindestens einem Jahr abgelöst werden.

Die Einweisung gem. § 64 StGB bezieht sich nur auf die geschlossene Station eines Bezirks-Nerven-Krankenhauses zum Zwecke der Entziehung und des Schutzes unbestimmter Opfer, hier vor der Drogenverbreitung oder anderer damit verbundener erheblicher Straftaten.

Die Aufnahme in die "offene Drogenklinik" unterliegt dem freien Willen des Drogenabhängigen, der damit sehr oft seine Inhaftierung abwenden kann (Aussetzung der Strafe auf Bewährung) oder im Rahmen der Strafvollstreckung für einen zur Bewährung ausgesetzten Strafrest Dispens erreicht.

Damit wird im Strafrecht der Resozialisierungsgedanke trotz der bekannten schlechten Prognose bei Abhängigkeit von Drogen des Opiattyps praktiziert.

Hierzu als Beispiel die Patientin Ch. P., 23 Jahre, die Gerichte, Nervenkrankenhäuser, die Universitäts-Nerven- und Poliklinik Würzburg auch wegen dieser Probleme beschäftigte:

Die frühkindliche Entwicklung der 1956 geborenen jungen Frau verlief in familiärer Geborgenheit völlig normal. Im Alter von 15 Jahren vollzog sich ihr Einstieg in die "Drogenszene". Sie rauchte in Gesellschaft Jugendlicher ein- bis zweimal wöchentlich Haschisch, eignete sich aus der Apotheke ihres Vaters Captagon und Mandrax an und nahm mit 17 Jahren in gewisser Regelmäßigkeit LSD.

Im Jahre 1971 unternahm Ch. P. einen ersten Suizidversuch durch Einnahme von Tabletten; 3 Jahre später folgte ein weiterer. Schwierigkeiten in der Schule waren angeblich die Gründe dafür.

Im Anschluß an den 2. Selbstmordversuch wurde die Patientin stationär aufgenommen, einen Monat später jedoch trotz erhöhten Suizidrisikos - im Einverständnis mit den Eltern - wieder entlassen.

Zwischen Juni und Oktober des Jahres 1977 geriet Ch. P. in Heidelberg erneut ins "kriminelle Rauschgiftmilieu". Kurzfristig gelang es ihr noch einmal, sich frei zu machen; sie bekundete auch ihren festen Willen, endgültig "auszusteigen". Physische und psychische Kräfte erlahmten bald. Einige Monate später kehrte sie nach Heidelberg zurück und wurde rückfällig. Die notwendigen Geldmittel erlangte sie durch Scheckbetrügereien. Unter Gefährdung seines eigenen Lebens holte sie ihr 52-jähriger Freund aus der "Szene" heraus und brachte sie ins Elternhaus zurück.

Am 27. April 1978 erfolgte wegen Suizidgefahr und Verdachts auf Drogenabhängigkeit ihre Aufnahme in der Universitäts-Nervenklinik Würzburg. Sie war körperlich verwahrlost und verschmutzt. Sie stimmte zwar einer Behandlung zu, betrieb aber von Anfang an ihre Entlassung, indem sie mit allen Mitteln glaubhaft zu machen versuchte, gesund zu sein.

Am 9. Mai 1978 begehrte die Patientin erneut ihre Entlassung. Trotz gewisser Besserung der manischen Psychose war diese aus medizinischer Sicht nicht zu verantworten. Ch. P. war aufgrund einer noch bestehenden hypodynamischen Verstimmung nicht ausreichend realitätsbezogen, um eigenverantwortlich eine so wichtige Entscheidung zu treffen. In Tagträumen schmiedete sie Zukunftspläne - Eröffnung einer Galerie, sofortige Heirat -, denen die realistischen Voraussetzungen fehlten. Letztlich zeigte sie auch keine Einsicht mehr für die Notwendigkeit einer stationären Behandlung.

Gem. § 1910 BGB wurde die Mutter der Patientin zur Gebrechlichkeitspflegerin bestellt, um Fragen des Aufenthalts, der ärztlichen Behandlung und Vermögensangelegenheiten zu

regeln. Auf den Wunsch der Mutter wurde die Tochter am 25. Mai 1978 aus stationärer Behandlung entlassen. Inzwischen war Ch. P. auch zu einem realitätsangepaßten Verhalten in der Lage. Sie versprach, ihre frühere Arbeit in Frankfurt wieder aufzunehmen und den Kontakt zu ihren Heidelberger Bekannten zu meiden.

Wegen erneuter Intoxikation wurde Ch. P. vom 2. April bis 6. Mai 1979 in eine auswärtige Universitäts-Nervenklinik zwangseingewiesen. Nach ihrer Entgiftung wurde sie zu ihren Eltern entlassen; eine Entziehungsbehandlung hatte sie abgelehnt.

Bereits am 18. Juli 1979 wurde sie erneut intoxiziert auf der Straße aufgefunden und in ein Kreiskrankenhaus gebracht. Von dort erfolgte ihre Verlegung in das zuständige Bezirksnervenkrankenhaus zur stationären Behandlung.

Dort verhielt sich Ch. P. relativ unauffällig, suchte allerdings häufig Kontakt zu Drogenpatienten. Nach ihrer richterlichen Anhörung am 2. August 1979 wurde Ch. P. für geschäftsfähig erklärt, obwohl sie kritikschwach und unreif wirkte. Sie verlangte ihre sofortige Entlassung.

Bei einem Polizeieinsatz wurde die junge Patientin erneut gemeinsam mit einer größeren Anzahl von Drogenkonsumenten und Dealern festgenommen. Ch. P. wurde auf richterlichen Beschluß hin wegen der Schwere ihrer Störungen - manische Psychose in Verbindung mit Drogenabhängigkeit - und der voraussichtlichen Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) in einem Bezirksnervenkrankenhaus verwahrt.

Die Weiterbehandlung in einer psycho- und verhaltenstherapeutischen Klinik wird nach 3 Monaten vorbereitet. Für diese Zeit wird die Verwahrung ausgesetzt.

Bei Erfolglosigkeit wäre die Entmündigung mit nachfolgender längerfristiger Unterbringung in einer geschlossenen Station angezeigt.

Diese Krankheitsgeschichte verdeutlicht die in dieser Arbeit dargestellten Probleme der Drogenkranken; nämlich daß

- Polytoxikomanie ein Problem der Allgemeinheit und des Staates, nicht nur einer bestimmten Gesellschaftsstruktur ist,

- Jugendliche und Heranwachsende in besonderem Maße aus vielerlei Gründen oder Ursachen der Gefahr des Drogenkonsums ausgesetzt sind,
- negative Umwelteinflüsse im Familien-, Freundes- oder Bekanntenkreis, in Schule oder Arbeitsleben ein rechtzeitiges Aussteigen aus der "Drogenszene" erschweren oder unmöglich machen,
- ein energisches Einschreiten kompetenter Personen und staatlicher Stellen in der Anfangsphase des Drogenkonsums durchaus geeignet sein kann, eine Eskalation und damit das Abgleiten in Kriminalität, zu verhindern,
- Entgiftung eines Depravierten ohne sofortige Entwöhnungs- und Stabilisierungsphase bestenfalls Alibifunktion, keinesfalls aber angepaßte und notwendige Therapie bedeutet,
- Zusagen und Versprechungen von nur behandelten, aber nicht geheilten Patienten nichts wert sind,
- Ersatzlösungen, wie Pflegschaft, nicht in der Lage sind, beim einzelnen das Drogenproblem zu lösen,
- allein ein von Fall zu Fall verschieden langer Aufenthalt in einer geschlossenen Anstalt zum Zwecke der Sanierung und Abstinenz des Depravierten Aussicht auf Erfolg hat, wobei anschließende flankierende Maßnahmen in Form einer Therapiekette - Drogenklinik, psychosomatische Klinik mit nachfolgender ambulanter Weiterbetreuung -, die Erfolgschancen erhöhen.

7.4. UNTERBRINGUNG IN EINEM PSYCHIATRISCHEN KRANKENHAUS/EINER ENTZIEHUNGSANSTALT (§§ 63, 64 StGB)

Der fehlende motivierte Gesundungswille vieler Drogenabhängiger läßt ihre Heilung auf große Schwierigkeiten stoßen. Ohne eine zielbewußte und ausreichend lange Entziehungsbehandlung ist mit sehr großer Wahrscheinlichkeit festzustellen,

daß der Kranke weiter abhängig und damit auch straffällig bleiben wird, wenn man ihn seinem Schicksal überläßt.

Die sofortige Einweisung in eine Nervenklinik schien früher weniger vom Standpunkt der Heilbehandlung als vielmehr aus Gründen der öffentlichen Sicherheit die Lösung des Problems zu sein. Die Bestimmungen der §§ 42 ff StGB a.F., eingefügt in das Strafgesetzbuch durch das Gesetz über gefährliche Gewohnheitsverbrecher (§ 20a StGB a.F.) und über Maßregeln der Sicherung und Besserung vom 24. November 1933 (RGBl. I S. 995), schufen hierzu die Rechtsgrundlage. Diese Maßnahmen trugen nicht den Charakter von Strafen im Sinne des Strafrechts; sie waren vielmehr Vorbeugungsmaßnahmen besonderer Art mit dem Ziel, entweder durch Besserung des zu Straftaten Neigenden oder durch seine Sicherung die Verübung weiterer Straftaten zu verhindern (DREHER).

Diese Zweispurigkeit - Strafe mit Nebenfolgen - fand sich bereits in den Jahren 1925 und 1927 in deutschen Entwürfen zur Strafrechtsreform. Die Arten der einzelnen Maßregeln waren

- die Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt,
- die Unterbringung in einer Trinkerheil- oder Entziehungsanstalt,
- die Unterbringung in einem Arbeitshaus *),
- die Sicherungsverwahrung,
- die Entmannung *),
- die Untersagung der Berufsausübung sowie
- die Reichsverweisung *)(DREHER).

*) Die Maßregeln der Reichsverweisung wurden am 22.8.1938, der Entmannung am 30.1.1946 und der Unterbringung in einem Arbeitshaus für den Bereich der amerikanischen Besatzungszone am 1.4.1949 aufgehoben.

Die vorstehend genannten Maßregeln hatten ausgereicht, rauschgiftsüchtige Straftäter sicher zu verwahren; sie waren aber nicht genügend getragen vom Gedanken der Resozialisierung und Heilung, der Lösung des Problems. Diesem Anspruch wird eher gerecht der durch die Strafrechtsreformgesetze geänderte allgemeine Teil des Strafgesetzbuches.

Stand im bisher geltenden Strafrecht mit den Bestimmungen der §§ 42 ff StGB a.F. der Sicherungs- und Verwahrungsgedanke gegenüber psychisch kranken Rechtsbrechern im Vordergrund, so läßt nun schon die Überschrift zum 6. Teil des Strafgesetzbuches - Maßregeln der Besserung und Sicherung - die Absicht des Gesetzgebers erkennen, dem schuldunfähigen oder vermindert schuldfähigen Rechtsbrecher verstärkt und vorrangig ärztliche Hilfe hinsichtlich seiner Heilung und Wiedereingliederung in die Gesellschaft zukommen zu lassen.

Im nun gültigen Strafrecht sind Maßregeln der Besserung und Sicherung u.a.

- die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB),
- die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB),
- die Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt (§ 65 StGB) *),
- die Unterbringung in der Sicherungsverwahrung (§ 66 StGB),
- die Führungsaufsicht (§ 68 StGB),
- das Berufsverbot (§ 70 StGB) (DREHER).

*) Der Bundestag überwies am 8. September 1977 dem Rechtsausschuß des Bundestages zur weiteren Beratung den Regierungsentwurf über das Inkrafttreten der Vorschriften über die Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt.

Der Entwurf sieht vor, daß die Vorschriften erst ab 1. Januar 1983 gelten sollen. Der Bundesrat hatte sich für ein weiteres Hinausschieben des Inkrafttretens bis 1988 ausgesprochen, da nicht in allen Bundesländern die Voraussetzungen für die Unterbringung in sozialtherapeutischen Anstalten geschaffen werden könnten (WiB).

Im Vergleich zum früheren Recht fällt insbesonders auf, daß

- allein in der Wortwahl das Merkmal Besserung vor dem der Sicherung steht,
- die Möglichkeiten zur Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, einer Entziehungsanstalt und einer sozialtherapeutischen Anstalt in besonderem Maße dem Resozialisierungsgedanken Rechnung tragen,
- die Führungsaufsicht besser als vordem die sog. Polizeiaufsicht geeignet ist, dem Wiederholungstäter Hilfestellung durch Bewährungshelfer und konkrete gerichtliche Weisungen zu leisten,
- der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit bei Anordnung einer Maßregel der Besserung und Sicherung besonders zu prüfen ist,
- die Gefährlichkeitsprognose für den Zeitpunkt der Entscheidung und nicht - wie im früheren Recht - für den Zeitpunkt der Entlassung aus der Strafhaft zu stellen ist,
- Maßnahmen der Besserung und Sicherung im erweiterten Umfang auch im Jugendstrafrecht (§ 7 JGG) zulässig sind,
- grundsätzlich die Maßregel vor der Strafe vollzogen werden soll, sofern das Gericht Anstaltsunterbringung anordnet und entgegen früheren Rechts nur ausnahmsweise auf Strafvollstreckung vor der Maßregel erkennt, wenn dadurch der Zweck der Maßregel - nicht der Strafe - leichter erreicht wird; entscheidend ist, daß durch heilende oder bessernde Einwirkungen auf den Täter die von ihm ausgehende Gefahr weiterer Taten abwendet oder verringert wird. Das Gericht hat dabei nach Anhörung eines Sachverständigen zu entscheiden, ob nach der Persönlichkeit des Täters, der Länge der zu erwartenden Freiheitsstrafe, der Art der notwendigen Behandlung eine Abweichung von der Regel einen günstigeren Erfolg erwarten läßt (§ 67 StGB).

Reihenfolge der Vollstreckung (§ 67 StGB)

(1) Wird die Unterbringung in einer Anstalt nach den §§ 63 bis 65 neben einer Freiheitsstrafe angeordnet, so wird die Maßregel vor der Strafe vollzogen.

(2) Das Gericht bestimmt jedoch, daß die Strafe vor der Maßregel zu vollziehen ist, wenn der Zweck der Maßregel dadurch leichter erreicht wird.

(3) Das Gericht kann eine Anordnung nach Absatz 2 nachträglich treffen, ändern oder aufheben, wenn Umstände in der Person des Verurteilten es angezeigt erscheinen lassen.

(4) Wird die Maßregel vor der Strafe vollzogen, so wird die Zeit des Vollzuges der Maßregel auf die Strafe angerechnet.

(5) Wird die Maßregel vor der Strafe vollzogen, so kann das Gericht die Vollstreckung des Strafrestes auch dann nach § 57 Abs. 1 zur Bewährung aussetzen, wenn noch nicht zwei Drittel der verhängten Strafe durch die Anrechnung erledigt sind. Wird der Strafrest nicht ausgesetzt, so wird der Vollzug der Maßregel fortgesetzt; das Gericht kann jedoch den Vollzug der Strafe anordnen, wenn Umstände in der Person des Verurteilten es angezeigt erscheinen lassen.

Für die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gilt nunmehr § 63 StGB.

Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB)

(1) Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, daß von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.

(2) Das Gericht ordnet jedoch die Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt an, wenn die Voraussetzungen des § 65 Abs. 3 StGB vorliegen.

Die Bestimmung des § 63 StGB entspricht im wesentlichen der des § 42b StGB a.F. und unterscheidet bei den Voraussetzungen der Unterbringung 2 Gruppen, nämlich

- den Täter, der im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) eine rechtswidrige Tat, d.h. eine Handlung beging, die den objektiven Tatbestand eines Strafgesetzes verwirklicht, oder
- den Täter, der im Zustand der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) eine Straftat verübte.

Die Schuld des Täters ist eine wesentliche Voraussetzung für seine Strafbarkeit. Schuldhaft handelt der Täter, wenn ihm die Tat zum Vorwurf gemacht werden kann, d.h., wenn er
- zurechnungsfähig ist,
- das Bewußtsein hat, Unrecht zu tun,
- in den Schuldformen des Vorsatzes oder der Fahrlässigkeit handelt und wenn
- kein Schuldausschließungsgrund geltend gemacht werden kann (DREHER).

Die Zurechnungsfähigkeit besitzt, wer nach seiner geistigen und sittlichen Entwicklung fähig ist, das Strafbare seines Tuns einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln. Die Zurechnungsfähigkeit fehlt bei Kindern und bei Personen, die unter § 20 StGB fallen und liegt begründet im Mangel der Verstandeskraft
- bei Kindern und
- bei Taubstummen im Regelfall sowie
- im Mangel der Fähigkeit der freien Willensbestimmung bei
  - tiefgreifenden Bewußtseinsstörungen,
  - Störungen der Geistestätigkeit sowie
  - schweren seelischen Abartigkeiten (DREHER).

Erheblich verminderte Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) liegt vor, wenn aufgrund des psychischen und physischen Zustandes des Täters zur Tatzeit die Fähigkeit, das Unerlaubte der Tat einzusehen, nicht aufgehoben, sondern erheblich vermindert war.

Den weniger schwer depravierten Drogenabhängigen wird bei Strafdelikten § 21 StGB zugebilligt.

Der Schuldausschließungsgrund des § 20 StGB kommt bei jenen Abhängigen zur Anwendung, bei denen als Folge langjährigen Drogenkonsums bereits starke Persönlichkeitsveränderungen eingetreten sind und deshalb ihre Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nicht mehr erfolgversprechend ist.

Aussichtslosigkeit einer Heilbehandlung in einer Entziehungsanstalt liegt dann vor, wenn
- schwere Persönlichkeitsstörungen bestehen und
- mindestens zwei langfristige Entziehungsbehandlungen ohne Erfolg durchlaufen worden sind.

In diesen Fällen ist die Unterbringung des Drogenabhängigen in einem psychiatrischen Krankenhaus als einzige Alternative geboten.

Die Entscheidung, ob eine Entziehungskur von vornherein aussichtslos erscheint, dürfte im konkreten Fall oft erhebliche Beurteilungsschwierigkeiten mit sich bringen, so daß der konsequente Versuch einer Entziehung auch bei einem scheinbar hoffnungslosen Fall ärztlich immer angezeigt sein dürfte (LANGELÜDDEKE u. BRESSER).

Ist der Entziehungserfolg nur zweifelhaft, so ist die Unterbringung anzuordnen, doch kommt der Abbruch in Betracht, wenn sich die Unterbringung nachträglich als zwecklos herausstellt (DREHER).

Nachfolgende Fallbeschreibung aus einem Gutachten der Universitäts- Nerven- und Poliklinik Würzburg beweist die o.a. Ausführungen:

Die 1957 geborene P.R. wurde 1972 wegen Besitzes von Haschisch, LSD und einer Ampulle Morphin zu zwei Freizeitarresten im Rahmen des Jugendstrafrechts verurteilt. Zwei Jahre später - im Alter von 17 Jahren - wurde sie wegen Besitzes und Abgabe von Heroin aufgegriffen.

1975 und 1976 erfolgten je eine Entziehungsbehandlung, die jeweils erfolglos abgebrochen wurde.

Im Frühjahr 1977 kam es zur Verurteilung der P.R. wegen Verstoßes gegen das BtmG. Das Gericht erkannte auf eine Freiheitsstrafe von einem Jahr, die zur Bewährung ausgesetzt wurde.

Im Herbst 1977 wurde P.R. erneut aufgegriffen; bei ihrer Durchsuchung wurden 9 Heroinbriefchen und ein Spritzbesteck gefunden. P.R. zeigte deutlich Merkmale des Drogenkonsums und litt unter Entzugserscheinungen.

Die Voraussetzung für die Anwendung des § 20 StGB war erfüllt, da

- zwei klinische Entziehungsbehandlungen ohne Erfolg durchgeführt worden sind und
- die Einsichts- und Steuerungsfähigkeit der stark depravierten P.R. aufgehoben waren.

Bei der Beurteilung der Einsichtsfähigkeit geht es um die Fähigkeit, das Unrecht der Tat einzusehen, d.h. das verstehende Erkennen der Rechtswidrigkeit. Ausschlaggebend ist nicht, ob ein Täter im Augenblick des Handelns die Einsicht in das Unrecht seines Tuns hatte, sondern ob ihm nach allen persönlichen und intellektuellen Voraussetzungen eine solche Einsicht zugemutet werden konnte, ob er also einsichtsfähig war (DREHER, LANGELÜDDEKE u. BRESSER).

Als Steuerungsfähigkeit, Hemmungsfähigkeit oder Willensbestimmbarkeit wird die Fähigkeit bezeichnet, entsprechend einer vorliegenden Einsicht in das Unrecht der Tat zu handeln. Es geht um das voluntative Moment, also um die Frage,

ob der Täter zur Zeit der Tat seinen Willen auch anders hätte bestimmen können, oder anders ausgedrückt, ob sein Wille frei war (LANGELÜDDEKE u. BRESSER).

An der freien Willensbestimmung fehlt es, wenn infolge einer Störung der Geistestätigkeit - ausgelöst durch langjährigen intensiven Drogenkonsum - bestimmte Vorstellungen, Empfindungen oder Einflüsse derart übermäßig den Willen beherrschen, daß eine Bestimmbarkeit des Willens durch vernünftige Erwägungen ausgeschlossen ist (MÜHLMANN, BOMMEL).

Die Steuerungsfähigkeit ist erheblich vermindert, wenn das Hemmungsvermögen des Täters so herabgesetzt ist, daß er den Tatanreizen erheblich weniger Widerstand leisten kann als der Durchschnittsmensch (DREHER).

Die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus ist nach heutigem Erkenntnisstand auf eine Dauer von mindestens zwei Jahren erforderlich und kommt vorwiegend in Frage bei geistiger Erkrankung als Ursache der Sucht oder bei einem Täter, der dauernd pflegebedürftig ist. Danach ist zu prüfen, ob andere Besserungsmaßnahmen i.S. des § 64 StGB noch Aussicht auf Erfolg haben.

Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt regelt § 64 StGB in folgender Fassung:

Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB)
(1) Hat jemand den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird er wegen einer rechtswidrigen Tat, die er im Rausch begangen hat oder die auf seinen Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil seine Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt an, wenn die Gefahr besteht, daß er infolge seines Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird.

(2) *Die Anordnung unterbleibt, wenn eine Entziehungskur von vornherein aussichtslos erscheint.*

Die gerichtliche Anordnung zur Unterbringung in einer Entziehungsanstalt setzt voraus, daß der Täter den Hang, d.h. eine ihn treibende Neigung hat, Alkohol oder andere berauschende Mittel - Rauschgifte - im Übermaß zu sich zu nehmen, sich also immer wieder berauscht oder infolge seines häufigen Trinkens oder Rauschgiftkonsums erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird (DREHER).

Die Entziehungsanstalt hat gegenüber anderen Maßregeln der Besserung und Sicherung den Vorrang, aber nur dann, wenn begründete Aussicht auf Heilung der Sucht besteht.

Der 6. Teil des Strafrechtsreformgesetzes läßt die erklärte Absicht des Gesetzgebers erkennen, dem psychisch kranken Täter primär ärztliche Hilfe zum Zwecke der Heilung und Wiedereingliederung oder aber dem Unheilbaren eine Unterbringung nach humanitär-medizinischen Gesichtspunkten zukommen zu lassen. Diese Einstellung kommt besonders klar im § 136 des Strafvollzugsgesetzes zum Ausdruck:

Die Behandlung des Untergebrachten in einem psychiatrischen Krankenhaus richtet sich nach ärztlichen Gesichtspunkten. Soweit wie möglich soll er geheilt oder sein Zustand soweit gebessert werden, daß er nicht mehr gefährlich ist. Ihm wird die nötige Aufsicht, Betreuung und Pflege zuteil.

Der Untergebrachte wird im wesentlichen nicht anders als die übrigen Anstaltspatienten behandelt. Deshalb kann die übliche "Rechtsstellung eines Strafgefangenen" auf die Unterbringung in einer psychiatrischen Krankenanstalt nicht voll übertragen werden.

Diese Entwicklung mag vereinzelt auf Ablehnung stoßen; sie ist aber die konsequente Durchsetzung des rechtsstaatlichen

Prinzips, wonach dem schuldunfähigen Straftäter keinerlei strafrechtlichen Sanktionen zugefügt werden dürfen. Das bedeutet letztlich für die Krankenhauspsychiatrie die klare Abkehr vom Verwahrungsgedanken und die Verpflichtung, den therapeutischen Auftrag zu vollziehen, soweit dies möglich ist. So soll es nach diesen Vorstellungen keine medizinische Trennungslinie zwischen psychiatrischen Patienten einerseits und dem psychiatrisch kranken Rechtsbrecher andrerseits geben.

Der Gesetzgeber ließ es nicht bei den Möglichkeiten der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einer Entziehungsanstalt bewenden. Er eröffnete die weitere Möglichkeit, einen Täter mit schwerer Persönlichkeitsstörung unter bestimmten Voraussetzungen in einer sozialtherapeutischen Anstalt unterzubringen.

Wenn diese Bestimmung, wie bereits angeführt, frühestens im Jahre 1983 in Kraft tritt, ist dazu doch Stellung zu nehmen. § 65 StGB kann aus juristischer Sicht als Zeichen besonderer humanitärer Einstellung des Deutschen Bundestages zur Bewältigung einer Gefahrenlage für die Allgemeinheit mit dem Ziel der Resozialisierung einer bestimmten Tätergruppe gesehen werden.

Aus psychiatrisch-forensischer Sicht muß dennoch die Frage nach Sinn und Zweck einer sozialtherapeutischen Einrichtung erhoben werden.

Mit besonderen therapeutischen Mitteln und sozialen Hilfen, auf die auch der Gesetzgeber nicht näher eingeht, soll ein weiterer Versuch unternommen werden, die nicht voll zufriedenstellenden Erfolgsaussichten der bisherigen Programme zu verbessern.

Die Drogenkrankheit, der strafrechtliche Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) oder erheblich verminderte Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) zugebilligt wurde, unterscheidet sich wesentlich von Krankheiten anderer Genese, wie sie z.B. erbliche oder andersartige unverschuldete Schädigungen darstellen. Der Drogenabhängige trat bei voller Kenntnis über das Ausmaß der schädigenden Wirkung seines Giftes in die "Szene" ein. Weiterhin wußte er beim Einstieg, daß er gegen bestehende Gesetze verstößt.

Eine erfolgreiche Heilung von der Drogenkrankheit ist im Vergleich zu vielen anderen Erkrankungen, bei denen strafrechtliche Schuldunfähigkeit oder verminderte Schuldfähigkeit zugebilligt wird, möglich. Sie kann jedoch nur unter ärztlicher Betreuung in einer psychiatrischen Klinik in Verbindung mit der nachfolgenden Unterbringung in einer Entziehungsanstalt erfolgen. Außerdem bieten - nach notwendigem körperlichen Entzug - offene Drogenkliniken Arbeitstherapie verbunden mit psychotherapeutischen Verfahren mannigfacher Art an, wobei die "Freiwilligkeit" der Aufnahme jedenfalls theoretisch als Voraussetzung gilt.

7.5. UNTERBRINGUNG IN DER SICHERUNGSVERWAHRUNG

Die Unterbringung in der Sicherungsverwahrung erfüllt in erster Linie Schutzfunktion und doch sollte nach Leitsätzen des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs alles getan werden, was der Resozialisierung des Verurteilten förderlich ist.

Diese Maßregel der Besserung und Sicherung ist unter bestimmten weiteren Voraussetzungen - Vorstrafen und Gesamtwürdigung des Täters und seiner Taten - anzuwenden auf

Angeklagte, die wegen einer erneuten vorsätzlichen Straftat zu einer zeitigen Freiheitsstrafe von mindestens 2 Jahren verurteilt wurden.

Die Rechtsgrundlage des § 66 StGB gibt dem Gericht die Möglichkeit, bedrohliche aktive Hangtäter mit schwerer Delinquenz zu erfassen, deren Delikte also nicht Konflikts-, Gelegenheits- oder Spontantaten sind, sondern auf einem durch Anlage und/oder Übung erworbenen Hang zu immer neuen Straftaten beruhen. Dabei ist es ohne Bedeutung, ob dem Täter, bei dem keine Krankheit und kein definierbarer Zustand der Krankhaftigkeit vorliegt, ein Schuldvorwurf gemacht werden kann. Die Gefahr muß bestehen, daß dieser infolge seines Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begeht, durch die die Opfer seelisch, körperlich oder wirtschaftlich schwer geschädigt werden.

Die Bestimmung des § 66 StGB ist für Jugendliche und Heranwachsende nicht anzuwenden. Dieser Personenkreis kann vom Alter her ohnehin nicht die Voraussetzungen gem. Abs. 1 Ziffer 1 oder 2 erfüllen. Eine Heraufsetzung der Altersgrenze ist vom Gesetzgeber trotzdem geplant.

Die Schutzbestimmungen des § 66 StGB wären hingegen voll anwendbar auf gewissenlose, vorbestrafte, volljährige Dealer, die ihre Opfer in die Rauschmittelabhängigkeit führen und dadurch seelisch und körperlich - mitunter auch wirtschaftlich - schweren Schaden zufügen.

Die Statistik des Bundeskriminalamtes weist für das Berichtsjahr 1976 eine Zunahme der Rauschgifttäter um 10,1 % auf. Gesetzliche Maßnahmen - auch mit Abschreckungseffekt für gewinnsüchtige, skrupellose Drogenhändler - sind unerläßlich.

Neben der Strafvorschrift des § 11 des Betäubungsmittelgesetzes vom 2.3.1974 ist die Maßregel gem. § 66 StGB in besonderem Maße geeignet, hartnäckige Wiederholungstäter, die nicht drogenkrank sind, "aus dem Verkehr" zu ziehen.

Bei Vorliegen aller rechtlichen Tatbestände des § 66 StGB erwartet auch den Rauschgifthändler die gerichtliche Anordnung zur Unterbringung in der Sicherungsverwahrung, doch ist diese Bestimmung meines Wissens im Bereich der Rauschgiftkriminalität bisher noch nicht praktiziert worden.

In der vorbereiteten Gesetzesänderung zeichnet sich als notwendiges Vorgehen die Erhöhung der Freiheitsstrafen ab.

7.6. FÜHRUNGSAUFSICHT

Die Maßregeln der Besserung und Sicherung wären themenbezogen nur unvollständig abgehandelt, würde nicht auch kurz auf die Führungsaufsicht eingegangen.

Sie kann unter den Voraussetzungen des § 68 StGB angeordnet werden, wenn das Gericht eine bestimmte negative Gefahrprognose beim Täter erkennt und

- eine Strafaussetzung zur Bewährung im Sinne des § 56 StGB oder
- einschneidendere Maßnahmen nach §§ 64 und 66 StGB bei gewissenhafter Abwägung aller Umstände ablehnt.

Von der Führungsaufsicht ist somit ein Täterkreis betroffen, der durchaus resozialisierungsfähig ist und dem mit Hilfe von Bewährungshelfern und gerichtlichen Weisungen Unterstützung gewährt werden soll, um künftig ein gesetzmäßiges

Leben zu führen. Die Auflagen sehen vorwiegend Beschränkungen im Rahmen der Freizügigkeit und des Umgangs mit Personen und Sachen vor.

Für Drogenabhängige und Dealer ist die Führungsaufsicht keine geeignete Maßregel zur Besserung und Sicherung. Die Möglichkeiten, die die Führungsaufsicht in den §§ 68a ff StGB vorsieht, sind für die Bewältigung des Rauschgiftproblems unzureichend.

Im übrigen läßt die derzeitige Rechtslage die Anordnung einer Führungsaufsicht nicht zu; der Entwurf für eine Änderung des Betäubungsmittelgesetzes sieht diese Möglichkeit jedoch vor.

7.7. DROGENMIßBRAUCH UND JUGENDRECHT

Das Jugendgerichtsgesetz vom 4.8.1953 mit seiner Neufassung vom 11.12.1974 setzt sich wesentlich vom Erwachsenen-Strafrecht ab. Der Grundgedanke für die Einführung des Jugendgerichtsgesetzes war, dem Jugendlichen, der durch strafbare Handlungen mit dem Gesetz in Konflikt geraten war, vorwiegend durch erzieherische Einflüsse und fürsorgliche Maßnahmen gerecht zu werden.

So beurteilt das Jugendstrafrecht als Persönlichkeitsstrafrecht nicht nur den Tatbestand, sondern setzt das Geschehen in einen engen Zusammenhang zur psychischen Situation und Struktur des Jugendlichen zur Zeit seines Vergehens (LANGE-LÜDDEKE u. BRESSER, LEMP u.a.).

Das geltende Jugendstrafrecht kennt 3 Altersgruppen, da sich die Entwicklung des Kindes zum Erwachsenen in mehreren

Abschnitten vollzieht. Die Zugehörigkeit zu einer dieser Gruppen richtet sich nach dem Alter zur Zeit der Tat.

Als Kind gilt, wer zur Tatzeit noch keine 14 Jahre alt ist. Es ist nach § 19 StGB schuldunfähig. Eine bestehende Erziehungsbedürftigkeit, die durch die Erziehungsberechtigten nicht erfüllt wird, regelt das Vormundschaftsgericht.

Jugendliche unterliegen ausnahmslos dem Jugendgerichtsgesetz und sind damit relativ strafmündig.

> *Verantwortlichkeit (§ 3 JGG)*
> *Ein Jugendlicher ist strafrechtlich dann verantwortlich, wenn er zur Zeit der Tat nach seiner sittlichen und geistigen Entwicklung reif genug ist, das Unrecht der Tat einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln. Zur Erziehung eines Jugendlichen, der mangels Reife strafrechtlich nicht verantwortlich ist, kann der Richter dieselben Maßnahmen anordnen wie der Vormundschaftsrichter.*

Vor der Einleitung eines Strafverfahrens gegen jugendliche Rechtsbrecher ist ihre Strafmündigkeit oder strafrechtliche Verantwortlichkeit i.S. des § 3 JGG zu prüfen. Wird die entsprechende Reife, das Unrecht der Tat einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln, verneint, kann ein Strafverfahren nicht eingeleitet werden. Lediglich vormundschaftsgerichtliche Maßnahmen sind möglich.

Die Schuldfähigkeit i.S. der §§ 20 und 21 StGB ist bei Jugendlichen und Heranwachsenden unter den gleichen Gesichtspunkten zu prüfen wie bei Erwachsenen. Bei Schwachsinn oder schwerer anderer seelischen Abartigkeit, die die Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit beeinflussen können, wird in der Regel die strafrechtliche Verantwortlichkeit i.S. des § 3 JGG verneint. Die Prüfung der §§ 20 oder 21 StGB erübrigt sich, weil Strafunmündigkeit die Anwendung einer Rechtsnorm aus dem JGG und aus dem StGB verbietet (LANGELÜDDEKE u. BRESSER).

Für die Exkulpierung eines volltrunkenen Jugendlichen oder eines Jugendlichen, der sich durch Drogenkonsum in einen Rauschzustand versetzte, kann, falls er nach allen sonstigen Anhaltspunkten als strafmündig zu beurteilen ist, nur § 20 oder § 21 StGB angewandt werden.

Als problematisch erweist sich die Frage, ob bei vermindert schuldfähigen Jugendlichen die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus vorgeschlagen werden sollte. Sie wird befürwortet, wenn andere Maßnahmen infolge tiefgreifender krankhafter Störungen keinen Erfolg versprechen.

Nur wenn die Gefährlichkeit des Jugendlichen aufgrund seiner vorausgegangenen Handlungen in Verbindung mit dem psychiatrischen Tatbestand, der die Exkulpierung rechtfertigt und den speziellen Grund für die Unterbringung darstellt, einen entsprechenden Schweregrad aufweist, ist die Einweisung zu begründen (LANGELÜDDEKE u. BRESSER).

Erst mit dem Betäubungsmittelgesetz vom 22.11.1971 wurde § 93a dem JGG beigefügt und § 7 JGG entsprechend geändert.

Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (§ 93a JGG)
(1) Die Maßregel nach § 61 Nr. 2 des Strafgesetzbuches wird in einer Einrichtung vollzogen, in der die für die Behandlung suchtkranker Jugendlicher erforderlichen besonderen therapeutischen Mittel und sozialen Hilfen zur Verfügung stehen.
(2) Um das angestrebte Behandlungsziel zu erreichen, kann der Vollzug aufgelockert und weitgehend in freien Formen durchgeführt werden.

Diese Bestimmung schloß eine Gesetzeslücke, die dazu beitragen soll, der Drogenwelle Einhalt zu gebieten (KAISER u. ROESTEL).

Heranwachsender ist, wer zur Zeit der Tat 18, aber noch nicht 21 Jahre alt ist. Der Heranwachsende ist uneingeschränkt strafmündig.

§ 105 JGG gewährt jedoch einen gewissen Spielraum, wonach ein Heranwachsender dann einem Jugendlichen i.S. des § 3 JGG gleichzustellen ist, wenn

(1) *die Gesamtwürdigung der Persönlichkeit des Täters bei Berücksichtigung auch der Umweltbedingungen ergibt, daß er zur Zeit der Tat nach seiner sittlichen und geistigen Entwicklung noch einem Jugendlichen gleichstand, oder*
(2) *es sich nach der Art, den Umständen oder den Beweggründen der Tat um eine Jugendverfehlung handelt.*

Auch beim Heranwachsenden fehlen zur Beurteilung der geistigen und sittlichen Reife objektive Kriterien. Der Gesetzgeber ging davon aus, daß mit 18 Jahren die geistig-seelische Entwicklung eines Jugendlichen abgeschlossen sei. Die Erlangung der Volljährigkeit resultiert aus ähnlichen Erwägungen. Die Entwicklung - von verschiedenen Einflüssen abhängig - kann individuell sehr unterschiedlich verlaufen, und das 18. Lebensjahr bildet keinerlei Zäsur, an der sich Richter und Psychiater orientieren könnten.

Doch gibt es eine Reihe von Indizien, die für die Anwendung des Jugendgerichtsgesetzes sprechen:
- deutliche Elternabhängigkeit,
- Fehlen kritischer Distanzierung gegenüber den Eltern,
- infantile Züge,
- ungenügende Ausformung der Persönlichkeit,
- Hilflosigkeit,
- naives, vertrauensseliges Verhalten,
- starke Anlehnungsbedürftigkeit,
- spielerische oder mangelhafte Einstellung zur Arbeit,
- Hang zu abenteuerlichem Handeln,
- starke Labilität,
- Mangel an Bindungen,
- Unfähigkeit zur Lebensplanung, zum selbständigen Denken, Urteilen und Entscheiden (HUBER, LEMPP, MUTSCHLER u.a.).

Der Sachverständige wird bei der Prüfung der Voraussetzungen des § 105 JGG das Schwergewicht letztlich auf die Frage legen, ob der Heranwachsende noch erzieherischen Einflüssen zugänglich und das Vorliegen einer maßgeblich in seiner Entwicklung begründeten Kriminalität wahrscheinlich ist.

Ein neueres Gutachten der Universitäts-Nerven- und Poliklinik Würzburg befaßt sich eingehend mit der Problematik der Beurteilung der strafrechtlichen Verantwortlichkeit Jugendlicher unter Berücksichtigung der §§ 20 und 21 StGB:

> Der im Jahre 1962 geborene J.R. wurde 1972 in der Kinderpsychiatrischen Abteilung einer auswärtigen Universitäts-Nervenklinik wegen Enuresis nocturna behandelt.
>
> Mit 10 Jahren verübte J.R. schon Sachbeschädigungen und Diebstähle und konsumierte bereits größere Mengen von Nikotin und Bier.
>
> Die neurologische Untersuchung 1974 in der Universitätsklinik Würzburg wies auf eine frühkindliche Enzephalopathie hin. Das Kind fiel stets durch größere Unruhe und Ablenkbarkeit auf und erwies sich mit 6 1/4 Jahren noch nicht als schulreif.
>
> Bereits im Alter von 12 Jahren gab sich J.R. dem Drogengenuß hin. Zuerst war es Haschisch; bald darauf stieg er wegen der euphorisierenden Wirkung auf Heroin um. Seinen Geldbedarf für Nikotin, Alkohol und Rauschgift bestritt er durch homosexuelle Kontakte in der Schweiz.
>
> 1975 wurde J.R. wieder in der Kinderpsychiatrischen Abteilung der gleichen Universitäts-Nervenklinik aufgenommen. Dort war der Drogenkonsum nur kurzfristig unterbrochen. J.R. fand stets Mittel und Wege, sich bei Ausgängen Rauschgift zu verschaffen. Eine Steigerung seines "Glücksgefühls" fand er - 13jährig - in Drogenkombinationen.
>
> 1976 wurde J.R. als Jugendlicher zur Entziehungsbehandlung in ein psychiatrisches Landeskrankenhaus eingewiesen, aus dem er nach einigen Wochen entwich.
>
> Im Februar 1977 erfolgte in Basel seine Festnahme wegen gewohnheitsmäßiger widernatürlicher Unzucht und seine

anschließende Abschiebung in die Bundesrepublik Deutschland. Er versuchte danach, in Amsterdam unterzutauchen.

Dem war 1976 vorausgegangen eine Begutachtung, in der trotz guter Intelligenz die Voraussetzung des § 3 JGG verneint wurde. Eine Einweisung nach § 7 JGG konnte somit nicht durchgeführt werden. Eine Entziehungs- und Gruppentherapie wurde aufgrund fehlender Motivation abgelehnt. So blieb der junge Drogenabhängige in Freiheit und konsumierte verstärkt.

Im April 1977 wurde er in München wegen des Besitzes von Rauschgift erneut festgenommen. J.R. befand sich in einem stark reduzierten körperlichen Allgemeinzustand.

Die Universitäts-Nervenklinik Würzburg wurde vom Jugendgericht München zur Erstellung eines Sachverständigen-Gutachtens über die Frage der strafrechtlichen Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 StGB) und die Voraussetzungen des § 64 StGB gebeten. Hier wurden die Voraussetzungen des § 3 JGG bestätigt und § 64 StGB bejaht.

J.R. hatte sicherlich wegen einer frühkindlichen Enzephalopathie weniger gute Entwicklungschancen. EEG-Veränderungen, Enuresis nocturna und mangelnde Schulreife im 6. Lebensjahr stützen diese Annahme.

Bei Intelligenztests wurde die Durchschnittsgrenze erreicht. Die Ergebnisse ließen aber doch eine Schädigung der Intelligenz und charakteristische Minderleistungen des exogenen Syndroms durch Drogenmißbrauch erkennen.

Nicht nur der Erziehungsberechtigte, sondern auch Jugendamt und kinderpsychiatrisch und psychologisch erfahrene Ärzte bemühten sich, J.R. auf die Gefahren des Drogenkonsums hinzuweisen und ihm die Widerrechtlichkeit seines Handelns bewußt zu machen.

Als 13jähriger hatte sich der Drogenkranke bei Freizeiten während der stationären Behandlung heimlich - weil für ihn

erkennbar verboten - Haschisch besorgen können. J.R. trat noch strafunmündig als Dealer, Konsument und Strichjunge in Erscheinung. Er kannte die wesentlichen Konsequenzen des Drogenkonsums und -handels sowie die schädlichen Folgen für seine Gesundheit und die seiner Abnehmer.

Die Depravation trägt den Charakter der krankhaften Störung und zwingt zur Prüfung der strafrechtlichen Schuldfähigkeit i.S. der §§ 20 und 21 StGB.

Bei J.R. war die Einsichtsfähigkeit weder aufgehoben noch erheblich vermindert, so daß sich die Frage nach der strafrechtlichen Schuldfähigkeit nur auf die Steuerungsfähigkeit erstrecken kann. Sie ist dann aufgehoben und i.S. der Schuldunfähigkeit - § 20 StGB - zu beurteilen, wenn beim Drogenabhängigen völlige Direktions- und Kritiklosigkeit als Folge des Drogenkonsums unverkennbar sind, z.B. bei Injektionen unter völliger Mißachtung jeglicher Hygiene.

Exzesse dieser Art waren bei J.R. nicht festzustellen. Seine einwandfreien Leberwerte sprachen vielmehr dafür - und bestätigen auch seine Aussage -, daß er seine Injektionen sorgfälig und stets mit neuen Kanülen vornahm und Ausgaben nicht scheute. Seine kritischen Äußerungen hierzu bewiesen, daß J.R. nicht ohne Reflexionsmöglichkeit und Steuerung handelte. Die verbliebenen "Freiheitsgrade" - Ausdruck seiner bewußten Handlungen - ließen die Steuerungsfähigkeit erkennen; damit waren die Voraussetzungen des § 20 StGB nicht gegeben.

Mit der Drogenkrankheit war eine erhebliche Minderung seiner strafrechtlichen Schuldfähigkeit verbunden; die Tatbestandsmerkmale des § 21 StGB waren erfüllt.

Zwangsläufig stellte sich deshalb die Frage nach den Voraussetzungen des § 64 StGB - Unterbringung in einer Entziehungsanstalt -. Der Hang, Drogen im Übermaß zu nehmen, ließ auch künftig erhebliche rechtswidrige Taten erwarten. Eine Entziehungskur in einer modernen Drogenklinik wäre mit Sicherheit aussichtslos gewesen, weil sich J.R. noch in schwerer Abhängigkeit befand und jegliche Motivation und Freiwilligkeit vermissen ließ.

Sein Zustand war einer geistigen Erkrankung gleichzusetzen und nur heilbar durch eine hinreichend lange Drogenabstinenz, Gewöhnung an Arbeit und Selbstdisziplin. Diese Möglichkeiten bietet nur die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus.

Zur Nachbetreuung ist hingegen die anschließende Einweisung in eine Drogenklinik zu erwägen. Der Erfolg einer solchen Entziehungsbehandlung ist nicht aussichtslos, und die Erfolgsprognose erhöht sich, wenn

- inzwischen die körperliche und psychische Stabilität des Eingewiesenen eine Konsolidierung erfahren hat,
- die Willenskräfte gefestigt wurden,
- Motivation und Durchhaltebestreben erkennbar und
- die Rehabilitationszentren für Suchtkranke Hilfen in breiter Fächerung anzubieten auch in der Lage sind.

Vorstehende Ausführungen gehen davon aus, den Jugendlichen als Straftäter bzw. Drogenkranken zu behandeln und zu beurteilen. Deshalb muß besonders deutlich herausgestellt werden, daß die Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität nicht zuletzt ein Problem des Jugendschutzes ist. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen an der Gesamtzahl der Täter steigt seit dem Jahre 1968 kontinuierlich an. Ähnlich ansteigend ist die Zahl der

Kinder und Jugendlichen, die von den Händlern an das Rauschgift herangeführt werden. Die Strafbestimmung des § 11 Abs. 4 Ziffer 3 BtmG erfaßt den Erwachsenen, der wiederholt Betäubungsmittel an Personen unter 18 Jahren abgibt oder ihnen verabreicht (JOACHIMSKI).

8. GLAUBWÜRDIGKEIT UND ZEUGENTÜCHTIGKEIT VON DROGENABHÄNGIGEN

Für die Beurteilung des Aussagewertes eines Zeugen hat der Sachverständige zu prüfen, ob irgendwelche Kriterien der Unglaubwürdigkeit vorliegen. Die Glaubwürdigkeit der speziellen Aussage kann grundsätzlich nicht positiv beurteilt werden; in jedem Einzelfall ist festzustellen, ob Bedenken gegen sie vorliegen (ARNTZEN). Der Sachverständige hat zu prüfen, welche Aussagen des Zeugen Glaubwürdigkeitsmerkmale beinhalten und wo sie fehlen.

Drogenkranke, insbesondere die des Heroin- und Morphintyps, sind niemals uneingeschränkt allgemein glaubwürdig. Es gehört zum Wesen der Drogenwirkung, daß höhere menschliche Funktionen - dazu gehört auch die Beziehung zum Wertbereich des Wahren - eine bedenkliche Einbuße erfahren (ARNOLD, GEISLER u.a.).

Das "Linken" auch untereinander als Ausdruck einer stark veränderten Persönlichkeitsentwicklung ist ein Merkmal dafür, daß selbst ein primitives Gruppenverhalten, wie es bei anderen Kriminellen dem "Kodex der Ganovenehre" entspricht, nicht eingehalten wird. Niedrige egozentrische Strebungen schalten Rücksichten und Einfühlungsvermögen anderen gegenüber weitgehend aus.

Drogenkranken, wie auch psychotischen Menschen, Alterskranken oder schwer Minderbegabten sind sprunghafte Gedankengänge eigen.

Bei der gebotenen kritischen Würdigung all dieser Erkenntnisse hat deshalb die Beurteilung der Glaubwürdigkeit mit besonderer Vorsicht zu erfolgen.

Die Aussagen von Drogenkranken dürfen nicht einfach abgelehnt werden; sie sind verwertbar, wenn
- Auffassung und Reaktion bei der Befragung erkennen lassen, daß eine Zeugentüchtigkeit aufgrund erkennbarer Intelligenz und Bewußtseinsklarheit anzunehmen ist,
- die Aussage mit Beweisen und überzeugenden Indizien übereinstimmt,
- weitgehende Übereinstimmung besteht mit anderen Zeugenaussagen, gegen deren Einlassungen hinsichtlich des Realitätsgehaltes - spezielle Glaubwürdigkeit - keine vernünftigen Zweifel bestehen (ARNOLD, ARNTZEN, GEISLER).

Entscheidende Kriterien für die Beurteilung der Glaubwürdigkeit liegen in der Persönlichkeitsausprägung. Nicht jeder Drogenabhängige ist einer in die Zukunft weisenden inneren Lebensgeschichte verlustig gegangen. Bei weniger schwerer Depravation ist oft noch ein Gefühl für menschliche Werte zu finden (SCHRAPPE).

Unabhängig davon ist der "Realitätsgehalt der Aussage" zu einem bestimmten Geschehnis, hier die näheren Umstände beim Drogendelikt (Handel, damit verbundene Bedrohung), zu beurteilen, wofür eine "Glaubwürdigkeitskriteriologie" entwickelt wurde (ARNTZEN).

Die Glaubwürdigkeit von Zeugen, die drogenabhängig waren oder es noch sind, ist für den Sachverständigen an folgenden Kriterien zu messen:

- Verlauf der Aussageentwicklung, wie
  - Aussageentstehung,
  - Konstanz der Aussage,
  - Art und Gründe späterer Ergänzungen,
- Aussageinhalt,
  - Detaillierung der Darstellung,
  - inhaltliche Besonderheiten,
- Aussageweise, wie
  - gefühlsbetont,
  - ängstlich,
  - überzeugend,
  - sprunghaft - ungeordnete Schilderung,
- dem engeren Umfeld, wie
  - Drogenabhängigkeitsverhältnis zum Angeklagten,
  - Selbstbelastung, die immer für die spezielle Glaubwürdigkeit spricht, wenn sie nicht aus schwerer depressiver Störung resultiert (ARNTZEN).

Die Frage, ob in einem konkreten Fall die Aussage wahr oder falsch ist, läßt sich keineswegs immer eindeutig beantworten. Die Motive für Falsch- oder Richtigaussagen sind vielfältig; Verhalten, Aussageweise, Aussageinhalt und/oder Persönlichkeitsstruktur des drogenabhängigen Zeugen lassen jedenfalls Schlüsse in dieser Richtung zu.

Die Kompetenz des Sachverständigen besteht in der Beurteilung der Zeugentüchtigkeit; dabei handelt es sich vor allem um eine Leistungsbeurteilung, wobei intellektuelle Fähigkeiten zum Erfassen eines Tatbestandes maßgeblich sind (ARNOLD, GEISLER).

Diese Fähigkeiten werden durch häufigen Drogenkonsum sicher in Mitleidenschaft gezogen. Alkoholismus führt zu verminderter Merkfähigkeit; Barbiturat- und Opiatmißbrauch beeinflussen negativ die Intelligenz.

Die Frage, ob der drogenabhängige Zeuge den speziellen Tatbestand erfassen kann, ist in fast allen Fällen zu bejahen.

Bei den an der Universitäts-Nerven- und Poliklinik Würzburg erstellten einschlägigen Gutachten wurden in der Regel keine Bedenken an der Zeugentüchtigkeit, wohl aber an der Glaubwürdigkeit festgestellt. Maßgeblich ist aber, ob Bedenken am Realitätsgehalt der Aussagen über die an Drogendelikten beteiligten Personen und Einzelheiten des Tatablaufs vorliegen oder ob das - wie zumeist - nicht der Fall ist. In der Bekämpfung der Drogenkriminalität kann nicht auf die Mitarbeit jener Informanten verzichtet werden, die sich indessen aus der "Drogenszene" und dem Drogengebrauch lösen und mit ihren Informationen - soweit sie sachlich sind - auch strafmildernde Umstände für sich erwarten.

Eine Fallbeschreibung möge dies verdeutlichen:

> In einem Verfahren gegen den Angeklagten A. wegen Rauschgifthandels wurde der drogenabhängige Zeuge G. polizeilich vernommen. Seine Aussage war klar detailliert und übereinstimmend mit weiteren Beweismitteln und Indizien.
>
> Wenige Tage später wurde G. auf die Dauer von 2 Wochen in einem psychiatrischen Krankenhaus behandelt; auftretende starke Entzugssymptome begründeten seine Haftunfähigkeit.
>
> Einige Wochen nach der ersten polizeilichen Vernehmung war bereits die Hauptverhandlung gegen den Angeklagten A. anberaumt. Als Zeuge wiederholte G. seine polizeiliche Aussage in allen Einzelheiten und erwartete damit sicher eine positive Wirkung für das gegen ihn selbst anstehende Verfahren. A. wurde verurteilt, legte jedoch Berufung ein.

6 Monate nach Verkündung des Ersturteils gegen A. widerrief der Zeuge G. - inzwischen erneut der Drogenszene verfallen - in der Berufungsinstanz seine Aussagen mit der Begründung, daß A. mit Rauschgifthandel nichts zu tun habe. Er könne es einfach nicht hinnehmen, daß ein Unschuldiger verurteilt werde.

Der medizinische Sachverständige hatte sich wieder mit den Kriterien der Zeugentüchtigkeit und der Glaubwürdigkeit auseinanderzusetzen.

Die Merkmale der Zeugentüchtigkeit waren in beiden Gerichtsverhandlungen erfüllt.

Der Zeuge G. konnte sich bei der Erstverhandlung an die vier Wochen vorher detailliert abgegebenen polizeilichen Aussagen erinnern. Damit steht fest, daß alle Angaben vor Gericht wie auch der motivierte Widerruf bei klarem Bewußtsein des G. erfolgten. Der unter Strafe stehende illegale Drogenhandel gilt somit als erwiesen.

Die Glaubwürdigkeit des Zeugen G. in der Berufungsinstanz gab insbesondere deshalb zu Bedenken Anlaß, weil
- er jeglichen Drogenvertrieb durch A. in Abrede stellte, obwohl dieser erwiesen war,
- sein Widerruf erst nach einer längeren Zeitspanne von 6 Monaten in der Berufungsinstanz erfolgte,
- ihn früher ein Drogenabhängigkeitsverhältnis zu A. verband,
- bei der Aktendurchsicht der Bericht eines Jugendamtes vorlag, der aussagte, daß es G. mit der Wahrheit nicht sehr genau nehme.

Für die Glaubwürdigkeit der Erstaussagen des Zeugen G. sprachen
- seine detaillierten Angaben vor der Polizei, die er kurze Zeit später auch vor Gericht bestätigte,
- seine klaren Äußerungen, frei von Emotionen gegenüber dem Angeklagten A.

Ein im Berufungsverfahren geltend gemachtes Entzugssyndrom als Grund für die angebliche falsche Aussage in erster gerichtlicher Instanz konnte deshalb nicht überzeugen, weil seine Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus unmittelbar vorher abgeschlossen worden war.

9. REHABILITATION

Nach SCHRAPPE tendieren alle Suchten - mit Ausnahme der benignen Suchten, welche gewohnt gewordenen abnormen Verhaltensweisen nahestehen - in Richtung auf eine recht spezifische Veränderung individueller Persönlichkeitsmerkmale. Es kommt zu einer progressiven Entdifferenzierung und zu einer Entkernung der Persönlichkeit. Diese Depravation ist im fortgeschrittenen Stadium nicht mehr rehabilitierbar.

Auch der weniger schwer depravierte Süchtige büßt in mehr oder weniger großem Umfang Freiheitsgrade ein. Er fühlt sich in der Regel noch gebunden an innere Werte und Wertvorstellungen.

Untersuchungsergebnisse an der Universitäts-Nerven-und Poliklinik Würzburg bestätigen diese Aussagen. Bei den meisten Polytoxikomanikern spricht der psychische Befund für das Vorliegen einer exogenen Gehirnschädigung mit Gedächtniseinschränkungen und einer Abflachung des Affektes, bedingt durch erhebliche Mengen toxischer Substanzen. Dazu kommt eine gewisse Beeinflußbarkeit, aber doch das Bekunden eigener Pläne und Vorstellungen. Hier liegt der eigentliche Ansatz rehabilitativen Handelns.

SCHEID versteht unter Rehabilitation im allgemeinen die Wiederherstellung der verlorenen Arbeits- und Leistungs-

fähigkeit, sowie die Fähigkeit zu einem konstruktiven sozialen Zusammenleben nach einem Krankheits- und Leidenszustand oder im weitesten Sinne bei irgendeiner Behinderung. Es handelt sich hierbei um eine komplexe multidisziplinäre Bemühung, um eine Aktivierung und Emanzipierung Behinderter, die allerdings als conditio sine qua non auf der freiwilligen Mitarbeit derselben beruhen muß.

Der vorhandene Leistungsrest muß optimal entfaltet werden (HUBER, SCHRAPPE). Um dieses Ziel der Rehabilitation zu erreichen, stehen dem Drogenabhängigen psychiatrische Einrichtungen, Wohlfahrtsverbände, Drogenkliniken, Beratungsstellen usw. zur Verfügung. Aber nur ein kleiner Teil der Suchtkranken wird sich freiwillig und spontan Entziehungsmaßnahmen unterziehen. Die vielfältigen Gründe liegen in bereits früher erwähnten Persönlichkeitsveränderungen, die auf Gleichgültigkeit, Rücksichtslosigkeit oder Haltlosigkeit basieren wie auch in der Angst vor den auftretenden Entzugssymptomen (SCHRAPPE, WALDMANN).

Die Mehrzahl der Suchtkranken kommt nach SCHRAPPE erst unter dem Druck überindividueller Institutionen, wegen forensischer Verwicklungen und andersgearteter Zwänge oder wegen bereits gravierender somatischer Folgen der chronischen Intoxikation in Behandlung.

Die meisten Suchtkranken stellt die Gruppe der Alkoholiker. Eine ärztlich-therapeutische Erfassung des Vorfeldes gestaltet sich besonders schwierig, da die Grenzen vom maßvollen Trinken, von Eßgewohnheiten und Sitte, wie auch von beruflichen und sozialen Gepflogenheiten bestimmt werden (SCHRAPPE). Alkoholmißbrauch und Trunksucht sind unscharf limitiert.

Beim Auftreten der typischen Krankheitssymptome, wie z.B. beim Delirium tremens, der Alkoholhalluzinose, des Korsakow-Syndroms oder der Polioencephalitis häemorrhagica superior Wernicke ist unbedingt eine fachärztliche Behandlung in einer psychiatrischen Klinik erforderlich. Die sachgerechte Therapie im Fachkrankenhaus wird meist auf einer geschlossenen Abteilung erfolgen, in der durch besonders geschultes Personal in Verbindung mit den Möglichkeiten einer modernen Therapie ein Optimum an Behandlung und Betreuung der Patienten gewährleistet wird (SCHRAPPE).

Die ersten Tage werden durch internistische Maßnahmen eingeleitet. SCHRAPPE erwähnt u.a. Herz- und Kreislaufstabilisierung, Corticosteroidtherapie, Infusionen unter Kontrolle des Mineralhaushaltes, Pneumonieprophylaxe, Vitaminanreicherung und Leberschutztherapie sowie psychiatrische Behandlung wie Sedierung z.B. mit Paraldehyd und Bekämpfung evtl. auftretenden zentralen Fiebers durch medikamentöse Hypothermie.

In der Regel ist die Krise nach 10 bis 14 Tagen überwunden, und es erfolgt die mehrwöchige Zeit der Rekonvaleszenz. Der Patient zeigt dann meist gute körperliche Fortschritte und Zeichen einer psychischen Stabilisierung. Von der Gefahr der all zu optimistischen Selbsteinschätzung des Kranken in bezug auf Alkohol kann nicht eindringlich genug gewarnt werden. Ein sofortiger Rückfall wäre zu diesem Zeitpunkt bei Therapieabbruch die Regel. Die Erfassung der pathogenetischen Bedingungen der individuellen Suchtkranken sowie internistische und neurologisch-psychiatrische Untersuchungen sind weiterhin die vordringlichen ärztlichen Aufgaben (SCHRAPPE).

Der individuelle, langfristig angelegte Rehabilitationsplan basiert auf der Zusammenarbeit mit den Familienangehörigen,

Sozialfürsorgeverbänden und ggf. konfessionellen Einrichtungen. Das Ziel einer anschließend zu empfehlenden Heilstättenbehandlung besteht in der Erziehung des Alkoholkranken zur ständigen Abstinenz. Dies wird mit pädagogischen, arbeits- und psychotherapeutischen Methoden versucht. Ein prognostisch günstiger Faktor liegt in der Freiwilligkeit dieser Entwöhnungsbehandlung. Als spätere Möglichkeit bietet sich ein Eintritt in einen Abstinenzler-Verband an.

Die Betrachtung rehabilitativer Maßnahmen bei Drogenabhängigen und Arzneimittelabusus muß sowohl von den unterschiedlichen pharmakodynamischen Wirkungen der einzelnen Medikamente ausgehen als auch von der oft abweichenden Persönlichkeitsstruktur des Arzneimittel- oder Rauschgiftabhängigen (SCHRAPPE, WALDMANN).

"Drogenabhängige gehören nicht hinter Gitter", betont die Bundesministerin für Jugend, Familie und Gesundheit, A. HUBER, und fährt fort, daß sie dem Heroin-Problem mit verschärften Strafen für Rauschgifthändler, dem "kleinen" Abhängigen dagegen mit dem Grundsatz "Therapie statt Strafe" begegnen will (zit. n. DER SPIEGEL).

In Diagnose und Therapie sind zu unterscheiden: Betäubungsmittel-, Analgetika-, Schlafmittel- und Stimulantiensuchten. Morphinartige Substanzen führen beim sofortigen Entzug zu Abstinenzsymptomen, die abhängig von der in den letzten Tagen eingenommenen Dosis sind. Erst nach einem "Pseudoentzugssyndrom", das in der Regel mit Bitten, Klagen und Jammern beginnt, treten dann echte körperliche Symptome auf, wie Tränenfluß, Nasenfluß, Gähnen, Schwitzen und motorische Unruhe (WALDMANN). Eine abrupte Entziehungsbehandlung auf einer Intensivstation wird befürwortet, da diese für den Patienten keine gefährdende vegetative Reaktion verursacht

und die Behandlung mit reduzierten Suchtmitteldosen die akute Abstinenzperiode nur verlängert (SCHRAPPE).

Die Analgetikasucht vom Phenacetintyp zeichnet sich durch ihre extrem lange Progredienz aus. Hier kommen die Patienten erst nach schweren körperlichen Schäden in ärztliche Behandlung. Eine vollständige Heilung gelingt nur selten.

Schlafmittelsüchtige müssen vielfach unter täglicher EEG-Kontrolle protrahiert entwöhnt werden, um Entzugskrämpfe und Entzugsdelirien zu vermeiden. Ein Schlafmittel, das beim Normalverbraucher seinen Zweck erfüllt, kann beim Süchtigen in ausgesprochene Stimulation umschlagen. Diese Reaktion läßt sich mit besonderen Ab- und Umbauprozessen im Organismus begründen.

Die Entziehungsbehandlung von Stimulantien, die keine besonderen Probleme aufwirft, wird nicht selten von chronischen paranoid-halluzinatorischen, schizophrenieähnlichen Psychosen begleitet (SCHRAPPE, WALDMANN). Da die Therapie sich sehr langwierig und schwierig gestaltet, ist der Entzug nur in einer psychiatrischen Klinik durchführbar. Die Prognose erweist sich nur in Ausnahmefällen günstig. In der Bundesrepublik Deutschland sind jedoch Suchten dieser Art relativ selten.

Die Rehabilitationsmaßnahmen werden durch den erheblichen Mangel an Heilstätten und ausgebildeten Personal für Suchtkranke erschwert. Eine stationäre Behandlung in Allgemeinkrankenhäusern kann eine Heilstättenbehandlung mit entsprechender Psychotherapie nicht ersetzen.

Die Bereitschaft zur Heilstättenbehandlung mit späterem Anschluß an eine Abstinenzgruppe ist oft nach wenigen Wochen

einer Krankenhausbehandlung nicht mehr vorhanden. Da diese Einrichtungen zudem meist unter Bettenmangel leiden, erfolgt die Entlassung zu früh. Der Erfolg dieser Behandlung ist somit gering. Es besteht die Gefahr, daß der Patient zu der Überzeugung gelangt, ärztliches Wirken gegen seine Sucht sei vergeblich. Weitere Rehabilitationsbemühungen werden dadurch erschwert. Als Alternativlösung bietet SCHRAPPE deshalb die Schaffung von Spezialabteilungen für Suchtkranke in einigen psychiatrischen Krankenhäusern an.

Rehabilitative Maßnahmen in Spezialabteilungen der psychiatrischen Krankenhäuser sind letztlich als Endglied einer Kette - vielfach auch gescheiterter - ineinandergreifender Therapieversuche zu verstehen.

ZELLER und seine Mitarbeiter versuchten dieses Problem zu lösen, indem sie unterschiedliche Einrichtungen, wie Beratungsstelle, Entgiftungsstation und Rehabilitationsklinik eng miteinander verzahnten. Diese Stationen sollten helfen, das Ziel einer angestrebten therapeutischen Wohngemeinschaft zu erreichen. Dieses Modell schien hinsichtlich der Einheitlichkeit des therapeutischen Konzeptes, des therapeutischen Teams und des Aufgehobenseins im Programm - wie ZELLER es betonte - erfolgversprechend. Ein Drogenabhängiger, der einmal in den Prozeß der Resozialisierung aufgenommen war, sollte auch bei einem ungünstigen Verlauf Hilfe erwarten können. Der Rückfällige hätte nochmals das zuletzt erfolgreich beendete Glied seiner Rehabilitationskette zu wiederholen.

Dieser Versuch scheiterte jedoch an unüberwindbaren organisatorischen und personellen Schwierigkeiten sowie an der Fragwürdigkeit des Modells selbst. Jede Kette ist nur so stark wie das schwächste seiner Glieder.

Die Abkehr vom "Kettengedanken" findet ihre Einschränkungen ohnehin dort, wo aus Raum- und Personalgründen eine mehrstufige Langzeittherapie bis zur völligen psychischen Entwöhnung nicht durchgeführt werden kann.

"Von der Kette zum Netz" dürfte nach ZELLER ein gangbarer Weg sein. Nur ein enges Ineinandergreifen verschiedener therapeutischer Einrichtungen mit ausgewählten Programmen und unterschiedlichem Vorgehen kann die vielfältigen Probleme der Drogenabhängigen bewältigen.

Bei allen Versuchen und Modellen ist die Motivation des Drogenabhängigen als der entscheidende Faktor zu berücksichtigen.

Nach BECKER u. HÜNNEKENS soll es zu einer Kooperation zwischen Klinik und freier Initiative kommen, wobei die freie Hilfe nicht allein auf jugendlichen Enthusiasmus und soziales Engagement gestützt werden kann sondern auch von Fachkunde getragen werden muß.

KLEINER betont, daß sich in Berlin kaum 2 bis 3 % der dortigen "Fixer" in freiwillige klinische oder private Entzugsbehandlung begeben. Auch bei idealen Entzugs- und Entwöhnungskliniken mit zahlreichen Therapeuten und optimalen Entzugs- und Umstruktuierungsprogrammen dürfte sich dieser Anteil nicht wesentlich erhöhen, da nur eine geringe Zahl jugendlicher Drogenabhängiger zum Eintritt in ein Therapieprogramm zu bewegen ist.

Entscheidende Faktoren für das Gelingen einer Therapie sind
- der tatsächliche Entschluß, den Drogenkonsum einzustellen,
- die Bereitschaft zur Integration in eine therapeutisch orientierte Gruppe,
- die Bereitschaft zur Desintegration aus der near-group,

zu der vorher Beziehung bestand und zum Verzicht auf den innerhalb der Drogensubkultur erreichten sozialen Status (SPRINGER u. KREMSER).

Der Mangel an adäquaten Einrichtungen darf nicht verschwiegen werden. Nur durch spezielle Indikation und Differentialdiagnose dürfte es nach KLEINER möglich sein, die Anwärter auf die vorhandenen Behandlungsplätze zu verteilen. Bei der Auswahl ist der Stellenwert des Drogenkonsums in der Persönlichkeitsentwicklung, die Beschaffenheit der prämorbiden Persönlichkeit wie auch die Einsichts- bzw. Kritikfähigkeit des Drogenabhängigen zu beurteilen.

Beratung, Entgiftung, Entwöhnung, Besserung und Heilung sind primäre ärztliche Aufgaben bei Drogenkranken. In der Entgiftungsphase, die auf einer geschlossenen Station durchgeführt wird, steht die körperliche Behandlung im Vordergrund. Die Zeit der Entwöhnung wird mit psychotherapeutischen und sozialpädagogischen Maßnahmen unterstützt. Für die endgültige Rehabilitation brauchen Suchtkranke eine längere, aber keine stationäre Behandlung.

Eine Weiterbetreuung in ambulanten Selbsterfahrungsgruppen scheint erfolgversprechend. Nach RUDOLF müßte eine solche Integration noch während des stationären Aufenthaltes in einer Fachklinik erfolgen und zwar so, daß der Patient den Besuch der ambulanten Gruppen nach seiner Entlassung auch ohne weitere Anstöße von sich aus fortsetzt.

Die nachklinische Phase der stufenweisen Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bildet den Schwerpunkt innerhalb der Rehabilitationsmaßnahmen. In manchen Fällen (z.B. Fehlen einer familiären Bindung) muß eine Übergangseinrichtung zwischengeschaltet werden (Wohnheim), um den ehemaligen Abhängigen die Verselbständigung und die Rückkehr ins Berufsleben zu erleichtern (HÜNNEKENS, RUDOLF u. SCHUSTER).

Die nachfolgende abgewandelte Übersicht nach BENOS, MATTHIES und MAUCH soll zusammenfassend darstellen den Verlauf der klinischen und nachklinischen Behandlung

A. Vorklinische Betreuung

1. Kontakte

"street-work"

2. Beratung

Sozialarbeiter
Beratungsstelle
Gesundheitsamt

B. Klinische Behandlung

1. Detoxikationsstufe

I
Vorwiegend körperliche Behandlung

Entzugsphase
medizinische Betreuung

II

Vorbereitungsphase
Körperliche Stabilisierung

geschlossene Station (4 - 6 Wochen)

2. Langzeittherapie

I
Vorwiegend Gemeinschaftstherapie

Entwöhnungsphase
Behandlung der direkten Auslöser

offene Station (6 - 8 Monate)

II

Gruppen-
Arbeits-
Beschäftigungs-
Bewegungs-
therapie

Stärkungsphase
Erlernen von Techniken
gegen direkte Auslöser

III

Persönlichkeitsmodifikationsphase
Behandlung der indirekten Auslöser

C. Rehabilitation

I

Vorwiegend
Sozio-
therapie

Erprobungsphase
Erprobung der Arbeitsfähigkeit und sozialen Stabilität

II

Stabilisierungsphase
Sozialtraining
Alternativen suchen
Freizeitgestaltung

Reha-Einrichtung
Nachtklinik
Landhaus
(mind. 1 Jahr)

D. Soziale Integration

regelmäßige Arbeit
sozialtherapeutisch
Gruppengespräche
Überwachung

therapeutische Wohngemeinschaft
(mind. 1 Jahr)

Absichten und Initiativen des Gesetzgebers sind sicher zu begrüßen. Doch bestehen noch eine Reihe tatsächlicher Probleme, die überwunden werden müssen, um zu verwirklichen, was sich die Gesellschaft unter erfolgreicher Resozialisierung überhaupt vorstellt. Es sind dies

- die Erweiterung der Kapazität, weil es in der Bundesrepublik Deutschland nur sehr wenige leistungsfähige Entziehungsanstalten gibt,
- die Verbesserung bereits vorhandener Entziehungsanstalten, um leistungsfähige forensisch-psychiatrische Sonderabteilungen mit differenzierten Behandlungsmöglichkeiten einzurichten,
- die Verbesserung der Personal- und Sachausstattung, um erfolgversprechende, personenbezogene therapeutische Programme durchführen zu können,
- der Abbau der sog. Durchmischungssituation durch die zunehmende Überflutung aller psychiatrischen Institutionen mit Alkohol- und Suchtkranken,
- die elitäre Dünkelhaftigkeit und Gruppenexplosivität von Suchtpatienten gegenüber anderen psychisch Kranken, durch die für diese die Resozialisierung oft erheblich erschwert wird (KLEINERT, SCHRAPPE, VENZLAFF u.a.).

In Gesprächen mit Drogenabhängigen läßt sich feststellen, daß das unvermeidbare Zusammentreffen schwerst depravierter Drogenkranker mit anderen psychisch kranken Patienten kaum von der Drogenabhängigkeit freimache und den Drogenkranken deshalb der Strafvollzug günstiger erscheine.

VENZLAFF fordert deshalb, daß die Krankenhausträger in den Suchtkranken-Stationen auch Unterbringungsmöglichkeiten nach § 64 StGB - Unterbringung in einer Entziehungsanstalt - eröffnen, um zu einer möglichst optimalen therapeutischen Differenzierung zu kommen.

10. PRÄVENTION

Das Rauschgiftproblem ausschließlich mit strafverfolgenden Maßnahmen zu bekämpfen, wäre gleichbedeutend mit Resignation; Staat und Gesellschaft müßte ein schwerer Vorwurf ob ihrer Passivität gemacht werden.

Die grundsätzlichen Elemente der Prävention sind einerseits das Prinzip der Abschreckung durch Androhung von Strafe, andrerseits das Bemühen, menschliches Verhalten so zu beeinflussen oder zu korrigieren und die Umweltsbedingungen so zu verändern, daß der Begehung von Straftaten entgegengewirkt wird. Die Prävention will Barrieren aufbauen, um den Straftatenanfall zu reduzieren und - als Idealvorstellung - sogar auszuschließen.

Prävention ist zu betreiben im Interesse des gefährdeten Individuums, der betroffenen Familie, aber auch wegen des erheblichen volkswirtschaftlichen Schadens, der alljährlich durch Straftaten verursacht wird.

Internationale Präventivprogramme zur Bekämpfung des weltweiten illegalen Drogenhandels zu entwickeln, ist Aufgabe der Vereinten Nationen und anderen supranationalen Einrichtungen. Dabei muß es vorrangig darum gehen,

- die internationale Zusammenarbeit zu verbessern,
- Einfluß auf die Erzeugerländer zu nehmen und ggf. sogar wirtschaftliche Sanktionen anzudrohen,
- das illegale Handels- und Vertriebsnetz aufzudecken und mit allen rechtlichen Mitteln zu verfolgen und
- umfassende Aufklärung zu betreiben.

Wenn es durch Aufklärung und Schulung an der Basis gelänge, die Nachfrage nach Drogen einzuschränken, würde der Drogenmarkt in sich zusammenbrechen.

Ansatzpunkte für Aktivitäten zeigt eine Analyse des schweizer Wissenschaftlers STOOSS, der u.a. zu folgenden Ergebnissen kommt:

- Personen ohne Drogenerfahrung lehnen die Droge vorwiegend ab aus Gründen
  - sicherer gesundheitlicher Schädigungen,
  - des Schutzverbotes durch das Betäubungsmittelgesetz,
  - der abschreckenden Wirkung durch die Strafandrohung;
- dabei ist von Interesse, daß
  - 8 % der Befragten und 3,7 % der Drogenerfahrenen nicht um die Strafbarkeit des Drogenkonsums wissen,
  - 20 % der Befragten und 14 % der Drogenerfahrenen über keine - nicht einmal falsche - Vorstellungen von der für den Drogenkonsum bestehenden Strafandrohung verfügen,
  - mehr als 50 % der Befragten eine falsche Meinung von der Strafandrohung haben und nur eine Minderheit richtig informiert ist.

Diese Erkenntnisse sind für Maßnahmen der Prävention in Form einer sog. Suchtmittelaufklärung auszuwerten. In der eingangs erwähnten Studie wird weiter festgestellt, daß Informationsquellen für "Drogeninteressenten" primär

- die Schule,
- Freunde und Bekannte,
- Presse und Fernsehen

sind, wobei der Schule eine tragende Rolle zukommt.

Diese Untersuchung macht deutlich, in welchen Bereichen die Prävention anzusetzen hat.

Die Schule bietet sich als Forum für die "Drogenerziehung" an, weil es möglich ist,

- nahezu alle Jugendlichen der kritischen Jahrgangsstufen zu erfassen,
- den Problemkreis stufenangepaßt zu behandeln,

- auch außerschulische Fachkräfte einzusetzen und
- eine Erfolgskontrolle auszuüben.

In diesem Zusammenhang darf auf die Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus vom 15. November 1979, Nr. II/ 8-8/169 183, zur Aufklärung über die Gefahren des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs Bezug genommen werden. In dieser Bekanntmachung wird auf den steigenden Konsum von Alltagsdrogen und die erschreckende Zunahme von Drogenopfern hingewiesen und hervorgehoben, daß es in erster Linie Aufgabe der Familie sei, auf die Gefahren der Suchtmittel aufmerksam zu machen. Die Schule habe sich jedoch in verstärktem Maße auch dieser vorbeugenden Erziehung zu widmen, indem sie

- verantwortungsbewußte und objektive Aufklärung über Drogen und Rauschmittel innerhalb geeigneter Unterrichtsfächer (Biologie) betreibt,
- in enger Zusammenarbeit mit den Eltern die Thematik in Versammlungen behandelt, Lösungsvorschläge und Alternativen herausstellt und
- einen sog. Kontaktlehrer als Ansprechpartner für die Interministerielle Arbeitsgruppe zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs benennt, der in der Schule die Aufgabe des Multiplikators wahrnimmt, Aufklärungsveranstaltungen organisiert und Hilfen anbietet.

Drogenkonsum ist ein medizinisches und juristisches Problem zugleich. Deshalb wäre zu begrüßen, daß besonders pädagogisch begabte Ärzte und Juristen, die sicher in größerem Maße als die Klassenlehrer das Vertrauen der Jugendlichen genießen, sich verstärkt für diese Form der Jugenderziehung zur Verfügung stellen, für die die Schule die Voraussetzungen zu schaffen hat.

Fachkundige, allgemein verständliche Publikationen in den Medien sind als flankierende Maßnahmen unerläßlich, um über den schulischen Bereich hinaus immer wieder und eindringlich auf die gesundheitlichen Gefahren durch Drogenkonsum hinzuweisen, das Unrechtsbewußtsein zu wecken und aufrechtzuerhalten.

Beratungsstellen allein, die vorwiegend auf Initiativen von Drogenabhängigen hoffen, genügen nicht und werden ihrem präventiven Auftrag nur unzureichend gerecht.

11. ZUSAMMENFASSUNG

1.) Illegaler Drogen- und Rauschmittelkonsum ist vorwiegend ein Problem der westlichen Welt. Gut organisierte Schmuggler- und Händlersyndikate erzielen hohe Gewinne. Die Verbreitung und der Gebrauch "harter Drogen" nahmen in den letzten 10 Jahren in erschreckendem Ausmaß zu. Die Zahl der Suchtkranken und der sog. "Drogentoten" steigt kontinuierlich.

2.) Süchtig wird, so formulierte es der amerikanische Psychologe PEELE von der University of Michigan, wer außer den Suchtmitteln keine "natürlichen Stützen" mehr im Leben hat (DER SPIEGEL). Diese Feststellung steht im Einklang mit Untersuchungsergebnissen über die Motive des Rauschmittelkonsums, daß gestörte Familienverhältnisse neben anderen Faktoren eher Ursache als Folge des Suchtverhaltens sind (zit. n. ELLINGER).

3.) Um die Suchtbedürfnisse zu befriedigen, bedarf es eines besonderen finanziellen Aufwands, der oft die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Süchtigen übersteigt, deshalb

seine Existenz gefährdet oder ruiniert. Das bedeutet neben der Schädigung der eigenen Gesundheit in der Regel den Einstieg in die Kriminalität.

4.) Nach dem derzeit gültigen Betäubungsmittelgesetz trifft die strafrechtliche Verantwortlichkeit vorwiegend
- den Arzt, Zahnarzt oder Tierarzt, der ohne begründete Anwendung ein Betäubungsmittel verschreibt oder abgibt oder sonst gegen Rechtsverordnungen verstößt;
- den Apotheker, der Betäubungsmittel ohne Vorlage einer ärztlichen Verschreibung abgibt oder sonst Rechtsverordnungen zuwiderhandelt. Ärzte und Apotheker können bei Zuwiderhandlungen zu einer Freiheitsstrafe bis zu 3 Jahren und/oder Geldstrafe verurteilt werden;
- den Konsumenten, dessen Täterbild von dem des Kleinsthändlers nicht scharf zu trennen ist; er kann zu einer Freiheitsstrafe und/oder Geldstrafe verurteilt werden;
- den Konsumenten (Probierer), der Betäubungsmittel lediglich zum Eigengebrauch in geringen Mengen besitzt oder erwirbt; er kann straffrei ausgehen;
- den Händler, der mit Freiheitsstrafen von 1 Jahr bis zu 10 Jahren rechnen muß.

Straffrei ist lediglich der Konsum von Betäubungsmitteln durch Verzehr oder sonstige Arten des Verbrauchs, weil diese Tatbestandsmerkmale vom Gesetz nicht erfaßt sind. Voraussetzung für die Straffreiheit ist jedoch, daß andere im Betäubungsmittelgesetz genannte strafbewehrte Handlungen nicht vorgelagert sind. Straffrei ist jener Konsument, der durch Genußüberlassung Betäubungsmittel zum sofortigen Gebrauch erhält, weil er die freie Verfügbarkeit darüber nicht erlangt.

5.) Die bestehenden gesetzlichen Bestimmungen des öffentlichen und bürgerlichen Rechts, z.T. unter Berücksichtigung der

gesellschaftspolitischen Entwicklung der letzten Jahre entsprechend novelliert, sind bei konsequenter Anwendung geeignet, einen Beitrag zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelkonsums zu leisten. Eine zufriedenstellende Lösung dieser Frage allein durch gesetzgeberische Maßnahmen zu erwarten, wäre hingegen praxisfremd.

6.) Die forensische Psychiatrie befaßt sich mit der rechtlichen und therapeutischen Behandlung der durch Drogen- oder Rauschmittelkonsum kranken und abnormen Patienten in privat- und öffentlich-rechtlichen Lebensbereichen. Der medizinische Sachverständige hat etwaige Schuldausschließungs- oder -einschränkungsgründe i.S. der §§ 20, 21 StGB zu prüfen und dem Gericht auch solche rechtlichen Maßnahmen vorzuschlagen, die der Therapie dienlich sind. Dabei wird er meist zu dem Ergebnis kommen, daß ein Abhängiger, bei dem als Folge langjährigen Drogenkonsums bereits starke Persönlichkeitsveränderungen eingetreten sind und der mehrere Entziehungsbehandlungen erfolglos durchlaufen hat, ohne Schuld i.S. des § 20 StGB handelt; weniger schwer Depravierten wird in der Regel die verminderte Schuldfähigkeit i.S. des § 21 StGB zuzubilligen sein. Drogendepravation trägt grundsätzlich den Charakter einer krankhaften Störung.

7.) An rechtlichen, die persönliche Freiheit des Drogenabhängigen einschränkenden Maßnahmen bieten sich an

7.1. das Verwahrungsgesetz vom 30. April 1952; es gibt die Möglichkeit, rauschgiftsüchtige Personen, die gemein- oder selbstgefährlich sind, aus Gründen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung in Verwahrung zu nehmen. Die Verwahrdauer ist zeitlich begrenzt; die Bewältigung des Drogenproblems oder therapeutische Erfolge beim Verwahrten sind nicht zu erwarten;

7.2. der Erlaß eines Unterbringungsbefehls gem. § 126a StPO; diese Rechtsgrundlage gestattet die einstweilige Unterbringung im Vorgriff auf ein zu erwartendes Strafverfahren, wenn jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit oder der verminderten Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 StGB) begangen hat und Gründe für die Annahme vorhanden sind, daß eine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, einer Entziehungsanstalt oder einer sozialtherapeutischen Anstalt angeordnet werden wird;

7.3. die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus - § 63 StGB -; diese Möglichkeit kommt vorwiegend in Frage bei geistiger Erkrankung als Ursache der Sucht oder bei einem Täter, der dauernd pflegebedürftig ist. Die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus ist auf eine Dauer von mindestens 2 Jahren erforderlich. Danach ist zu prüfen, ob andere Besserungsmaßnahmen noch Aussicht auf Erfolg haben. Die Behandlung richtet sich nach ärztlichen Gesichtspunkten mit dem Ziele der Besserung und Heilung;

7.4. die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt - § 64 StGB -; sie wird angeordnet, wenn erhebliche rechtswidrige Handlungen aus dem Hang zu Suchtmitteln zu erwarten sind. Die Entziehungsanstalt hat gegenüber anderen Maßregeln der Besserung und Sicherung den Vorrang, wenn begründete Aussicht auf Heilung besteht. Aussichtslosigkeit einer Heilbehandlung liegt vor, wenn schon eine schwere Persönlichkeitsstörung besteht und längerfristige Entzugsbehandlungen erfolglos waren. Dann bliebe einzige Alternative die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus;

7.5. die Unterbringung in der Sicherungsverwahrung - § 66 StGB -; vom Sinne der Maßregel zur Besserung und Sicherung ausgehend, kann Sicherungsverwahrung gegen Drogenabhängige nicht angeordnet werden; für Dealer mit entsprechenden Vorstrafen und kriminellen Energien ist die Anordnung der Sicherungsverwahrung durchaus möglich;

7.6. die Führungsaufsicht - § 69 StGB -; die derzeitige Rechtslage läßt die Anordnung der Führungsaufsicht nicht zu; in der vom Gesetzgeber beabsichtigten Änderung des Betäubungsmittelgesetzes ist die Möglichkeit zur Anordnung der Führungsaufsicht jedoch vorgesehen. Sie ist sicher keine geeignete Maßregel zur Besserung und Sicherung eines Drogenabhängigen und allenfalls noch akzeptabel für sog. Einstiegstäter, bei denen weder Hang noch Gewohnheit zum Rauschmittelkonsum bestehen und deshalb eine günstige Sozialprognose erwarten lassen;

7.7. die Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt - § 65 StGB -; diese Maßregel, die frühestens 1983 in Kraft tritt, soll dem Täter mit schwerer Persönlichkeitsstörung und mehreren Vorstrafen eine weitere Rehabilitationsmöglichkeit eröffnen. Die humanitäre Einstellung des Deutschen Bundestages ist zu begrüßen. Aus psychiatrisch-forensischer Sicht scheint diese Maßnahme gegenüber der psychiatrischen Klinik in Verbindung mit der nachfolgenden Unterbringung in einer Entziehungsanstalt trotz der bekannten schlechten Prognose bei Drogenabhängigen keine weiteren Vorteile zu bieten.

Die Maßregeln der Besserung und Sicherung - § 61 StGB - unterscheiden sich von den entsprechenden Bestimmungen alten Rechts insbesondere dadurch, dem schuldunfähigen

Rechtsbrecher verstärkt und vorrangig ärztliche Hilfe zum Zwecke seiner Heilung und Resozialisierung zuteil werden zu lassen.

8.) Die privatrechtlichen Möglichkeiten der Vormundschaft und Pflegschaft werden nur selten vollzogen. Die Errichtung einer Pflegschaft ist für den schwer Depravierten nicht mehr erfolgversprechend. Hingegen bietet die Entmündigung, auch die vorläufige Entmündigung, mit nachfolgender längerfristiger Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus Aussicht auf Erfolg.

9.) Nach vorausgegangenem körperlichen Entzug bieten "offene Drogenkliniken" vielfältige arbeits- und psychotherapeutische Verfahren zur Stabilisierung des Patienten an. Vorraussetzung ist seine Freiwilligkeit. Erfolgschancen hat die Behandlung in dieser Form nur, wenn Willenskraft und Durchhaltestreben des Drogenkranken vorhanden sind.

10.) Der Anteil Jugendlicher und Heranwachsender im Bereich der Rauschgiftkriminalität ist groß. Auf sie wird das Jugendgerichtsgesetz angewandt, bei der Frage der strafrechtlichen Schuldfähigkeit aber die Bestimmungen der §§ 20, 21 StGB des allgemeinen Strafrechts.

11.) Die Beurteilung der Glaubwürdigkeit und Zeugentüchtigkeit ist Teil der forensisch-psychiatrischen Gutachtertätigkeit. Drogenabhängige - vorwiegend solche, des Herointyps - sind niemals uneingeschränkt glaubwürdig; der Wertbereich des Redlichen und Wahren hat Einbußen erfahren. Dennoch können die Aussagen den erforderlichen Realitätsgehalt besitzen.

12.) Im Rahmen der Rehabilitation von Suchtkranken bestehen verschiedene Modelle. Alle bejahen die Notwendigkeit von

Beratung, Entgiftung, Entwöhnung, Stabilisierung und Heilung des Drogenkranken, wobei nach der Entgiftungsphase die Langzeitprogramme in offenen Drogenkliniken oder anderen Rehabilitätseinrichtungen zu vollziehen sind.

13.) Die vielfältigen Probleme und Einzelschicksale im Zusammenhang mit der Drogenkriminalität zwingen zu verstärkter Prävention auf verschiedenen Ebenen.

14.) Der Sucht Herr zu werden, so der Frankfurter Psychiater WANKE, bleibe im allgemeinen eine lebenslange Aufgabe der Daseinsbewältigung für den Patienten (DER SPIEGEL).

SCHLUßGEDANKEN

1.) Als ich diese Dissertation übernahm, hatte ich keine klare Vorstellung über Bedeutung, Umfang und Auswirkung der Drogenabhängigkeit im medizinischen und rechtlichen Bereich für den einzelnen und für die Gesellschaft.

2.) Ich sehe sie inzwischen als
- Problem, das Entwicklungsländer wie Industrienationen gleichermaßen berührt,
- Produkt unserer "Wohlstandsgesellschaft", in der es für einen bestimmten Personenkreis "in" ist, "high" zu sein,
- Zeichen des Unvermögens mancher Menschen, mit schwierigen Gegenwartsfragen fertig zu werden, insbesondere den Leistungsdruck in Schule oder Beruf zu bewältigen,
- Ergebnis einer inneren Vereinsamung im familiären und mitmenschlichen Bereich,
- Ausfluß einer mitunter bestehenden Zukunftsangst von sensiblen, vorwiegend jugendlichen Personen,
- überzeugendes Indiz dafür, daß schädliche Umwelteinflüsse die Gefahr des Drogenkonsums fördern und
- als eine erhebliche Gefahr für den Süchtigen mit der Folge des physischen und psychischen Verfalls in letzter Konsequenz.

3.) An Staat und Gesellschaft muß die Forderung erhoben werden,
- wissenschaftliche Ursachenforschung zum Phänomen des Drogenmißbrauchs einzuleiten, um zu dessen Bekämpfung erfolgversprechende Ansatzpunkte zu finden,
- durch eine gezielte Medienpolitik die Gefahren des Drogenkonsums noch deutlicher zu machen,

- durch besondere sozial-, bildungs- und arbeitspolitische Programme den vorwiegend gefährdeten Jugendlichen Hilfestellung und ein besseres Sicherheitsgefühl zu geben und
- den Drogenabhängigen primär als Kranken zu behandeln und ihm den Makel des Kriminellen zu nehmen.

4.) Während andere Dissertationen - insbesondere solche im Rahmen von Versuchsreihen - meist zu konkreten Ergebnissen führen, bin ich außer einer gewissen Tatbestandsaufnahme kaum in der Lage, umfassende Lösungsmöglichkeiten zur Problembewältigung anzubieten.

LITERATURVERZEICHNIS

ADAMS, E.: What ist Addiction.
Brit. J. Inebr. 33, 1 (1935)

ARNOLD, W.: Die psychologische Begutachtung der Zeugentüchtigkeit und Glaubwürdigkeit bei Kindern und Jugendlichen.
Psychol. Rdsch. 3, 265 (1952)

ARNTZEN, F.: Aussagepsychologie, forensisch.
In: Handwörterbuch der Rechtsmedizin.
(III.), Hrsg.: G. Eisen,
F. Enke, Stuttgart 1977 S. 391

BAUER, G.: Rauschgift; Umfang, Ursachen und Folgen des gegenwärtigen Rauschgiftmißbrauchs.
Schmidt-Römhild, Lübeck 1972

BAUMEISTER, W.: Taschenbuch der Suchtkrankenfürsorge.
(II.), Hoheneck-Verlag, Hamm-Freiburg 1960

BECKER, W.: Rehabilitation Drogenabhängiger.
Therapie der Gegenwart 111, 1753-1768 (1972)

BENOS, J.: Zusammenfassung der klinischen und nachklinischen Behandlung bei Drogenkranken.
(nicht veröffentlichtes Referat),
Bezirksklinik Hochstadt 1977

BOUDREAU, A.: Begriff der Droge.
In: Drogenmißbrauch und Gesetzgeber.
Hrsg.: W. P. Wartburg von und LL. M. Riehen
Birkhäuser-Verlag, Basel-Stuttgart 1974 S. 42

DREHER, E.: Strafgesetzbuch und Nebengesetze.
C.H. Beck-sche Verlagsbuchhandlung,
München 1977

ELLINGER, H.: Betäubungsmittel und Strafbarkeit.
Ein Beitrag zur Änderung der Strafbestimmungen des Opiumgesetzes durch das Gesetz vom 22. Dezember 1971 und zum Problem des Rauschgiftes aus rechtlicher Sicht;
Bundeskriminalamt Wiesbaden 1-3, 11-121 (1974)

FEUERLEIN, W.: Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit.
Thieme, Stuttgart 1975

GABRIEL, E.: Die Süchtigkeit.
Neuland-Verlag, Hamburg 1974

GAREIS, B. u. E. WIESNET: Gefängniskarrieren.
Tyrolia-Verlag, Innsbruck-Wien-München 1973

GEISLER, E.: Aussagepsychologie (Zeugentüchtigkeit und Glaubwürdigkeit) aus psychiatrischer Sicht.
In: Handwörterbuch der Rechtsmedizin.
(III.), Hrsg.: G. Eisen, F. Enke, Stuttgart 1977 S. 403

GRUHLE, H.W.: Psychopathologie der Sucht unter besonderer Berücksichtigung der Rauschgiftsucht.
In: Bekämpfung von Rauschgiftdelikten.
Bundesdruckerei, Bundeskriminalamt Wiesbaden 1956

HUBER, G.: Psychiatrie; Systematischer Lehrtext für Studenten und Ärzte.
Schattauer, Stuttgart-New York 1974

HÜNNEKENS, H.: Gestufte Maßnahmen der Therapie und Rehabilitation drogenabhängiger Jugendlicher.
Rehabilitation 12, 146-152 (1973)

JOACHIMSKI, J.: Betäubungsmittelrecht.
Richard Boorberg-Verlag,
Stuttgart-München-Hannover 1972

KAISER, F.: Neue juristische Wochenschrift
23, 1534 (1970)

KLEINER, D.: Jugendpsychiatrische Aspekte zur Resozialisierung junger Drogenabhängiger durch Jugendgericht und Strafvollzug.
Soziale Arbeit 1, 3-7 (1976)

KREUZER, A.: Drogen und Delinquenz.
Akademische Verlagsgesellschaft, Wiesbaden 1975

LANGELÜDDEKE, A. u. P.H. BRESSER: Gerichtliche Psychiatrie.
(IV.), Walter de Gruyter, Berlin-New York 1976

LAUBENTHAL, F.: Sucht und Mißbrauch.
Thieme, Stuttgart 1964

LEARY, T.: In: Von Drogen betrogen.
Der Report 17, 7 (1977)

LEMPP, R.: In: Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie.
Hrsg.: H. Harbauer, R. Lempp, G. Nissen und P. Strunk.
Springer, Berlin 1976

MATTHIES, V.: Rehabilitation junger Drogenabhängiger. Soziale Arbeit 21, 405-412 (1972)

MATTKE, D.J.: In: Drogen und Delinquenz. Hrsg.: A. Kreuzer, Akademische Verlagsgesellschaft, Wiesbaden 1975, S. 235

MAUCH, G. u. E. MÜHLBERGER: Klinische Behandlung Drogenabhängiger im Strafvollzug. Suchtgefahren 21, 21-25 (1975)

MÖLLHOFF, G.: Versicherungsmedizinische Bewertung von Rauschmittelabhängigen. Z. Rechtsmed. 74, 1-8 (1974)

MÜHLMANN E. u. G. BOMMEL: Das Strafgesetzbuch. Dr. Carl Wurm-Verlag, Straubing 1949

MUTSCHLER, D.: Die Beurteilung der Reife und Entwicklung von Heranwachsenden. Fortschr. Neurol. Psychiatrie 24, 217 (1956)

ÖZEK, M.: Zur Cannabis-Problematik. Suchtgefahren 1, 20-27 (1972)

PALANDT: Bürgerliches Gesetzbuch. Beck'sche Kurz-Kommentare Hrsg.: P. Bassenge, B. Danckelmann, U. Diederichsen, H. Heinrichs, A. Heldrich, T. Keidel, H. Putzo u. H. Thomas. C.H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung, München 1977

PETERS, H.U.: Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. Urban u. Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1977

ROESTEL, G.: Neue juristische Wochenschrift 24, 129 (1971)

RUDOLF, A.: Wiedereingliederung von Suchtkranken. Dtsch. Ärzteblatt 15, 905-907 (1978)

SCHEID, W.: Almanach für Neurologie und Psychiatrie. Thieme, Stuttgart 1967

SCHRAPPE, O.: Rehabilitation der Suchtkranken. Schriftenreihe der Medizinsich Pharmazeutischen Studiengesellschaft EV. 2/3, 143-148 (1965)

SCHRAPPE, O.: Statistisches und Klinisches über süchtiges Verhalten Jugendlicher. Suchtgefahren 2, 1-7 (1967)

SCHRAPPE, O.: Mißbrauch von Medikamenten. Versuch einer Charakterisierung des Phänomens. Suchtgefahren 3, 81-90 (1975)

SCHMIDBAUER, W. u. J. vom SCHEIDT: Handbuch der Rauschdrogen. Nymphenburger-Verlag, München 1971

SCHUSTER, E.: Die Behandlungskette für Drogenabhängige. Öff. Gesundh.-Wes. 37, 26-33 (1975)

SCHÖNFELDER, H.: Deutsche Gesetze. Sammlung des Zivil-, Straf- und Verfahrensrechts C.H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung, München 1978

SPRINGER, A. u. M. KREMSER: Erste Erfahrungen aus einer Experimentalstation zur Behandlung drogenabhängiger Jugendlicher. Wien. Z. Nervenheilk. 31, 241-265 (1973)

STOOSS, H.U.: Drogenprävention - Der strafrechtliche Beitrag. Karger-Verlag, Basel-München-Paris 1978

TSCHIRCH, A.: Handbuch der Pharmakognosie. Tauchnitz-Verlag, Leipzig 1923

VENZLAFF, U.: Der psychisch kranke Rechtsbrecher im psychiatrischen Krankenhaus. Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde 1, 3-14 (1977)

WALDMANN, H.: Psychische Krankheitsbilder bei Drogenabhängigen. Öff. Gesundh.-Wes. 37, 18-22 (1975)

WARTBURG, W.P. von u. LL. M. RIEHEN: Drogenmißbrauch und Gesetzgeber. Birkhäuser-Verlag, Basel-Stuttgart 1974

WEITBRECHT, H.J. u. J. GLATZL: Psychiatrie im Grundriß. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1979

WILLARD, N.: Bedrohung durch Rauschdrogen. Magazin der Weltgesundheitsorganisation, Sonderausgabe 15-47 (1970)

ZELLER, G.: Schwierigkeiten beim Aufbau einer Therapiekette für drogenabhängige Jugendliche. Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde 6, 215-223 (1976)

ZÜHLSDORF, H.: Ursachen, Entwicklung und Stand der Rauschgiftkriminalität. Polizei-Institut, Hiltrupp 1973

PRESSEARTIKEL

BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM FUR UNTERRICHT UND KULTUS: Aufklärung über die Gefahren des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs. StAnz. 47, 2 (1979)

BUNDESKRIMINALAMT: Stand der Entwicklung der Rauschgiftkriminalität in der Bundesrepublik Deutschland. Statistik der Beschaffungskriminalität (1977); Rauschgift - Statistik des Bundeskriminalamtes 1977 -.

FRANKFURTER ALLGEMEINE ZEITUNG: DDR - Transitland für den internationalen Rauschgiftschmuggel; Strenges Suchtmittelgesetz; FAZ 169, 5 (1978)

WOCHE IM BUNDESTAG: Fristen für sozialtherapeutische Anstalt. WiB 14, 3 (1977)

DER REPORT: Von Drogen betrogen. 17, 7 (1977)

DER SPIEGEL: Lebenslange Aufgabe für den Süchtigen. 49, 256-260 (1979)

WHO EXPERT COMMITTEE: WHO Expert Committee on Drugs Liable to Produce Addiction
Report on the Second Session
Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser. 21, 6 (1950)

WHO EXPERT COMMITTEE: WHO Expert Committee on Addiction-Producing Drugs
Seventh Report
Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser. 116, 9-14 (1957)

WHO EXPERT COMMITTEE: WHO Expert Committee on Drug Dependence
sixteenth Report
Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser. 407, 6 (1969)

Frau Professor Dr. E. G e i s l e r danke ich sehr herzlich für die Überlassung des Dissertationsthemas, ihre Beratung und Hilfe bei der Durchführung dieser Arbeit und für die freundliche Übernahme des Referats.

Herrn Professor Dr. O. S c h r a p p e , Direktor der Universitäts-Nervenklinik Würzburg, gilt mein aufrichtiger Dank für die Übernahme des Korreferats.

L E B E N S L A U F

Am 15. Januar 1953 wurde ich, Horst Dieter Götzfried, als das erste Kind des Ersten Polizeihauptkommissars Johann Götzfried und dessen Ehefrau Sophia, geborene Aumüller, in Roding, Lkrs. Cham, geboren.

1959 - 1962	Besuch der Knabenvolksschule in Roding
1962 - 1964	Besuch der Kanbenvolksschule in Eschenbach
1964 - 1968	Besuch des Gymnasiums in Eschenbach
1968 - 1973	Besuch des Dientzenhofer-Gymnasiums in Bamberg mit abschließender Reifeprüfung
1973 - 1974	Wehrdienst beim Sanitätsbataillon 12 in Veitshöchheim b./ Würzburg
1974 - 1980	Medizinstudium an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg
	1976 Ärztliche Vorprüfung
	1977 Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
	1979 Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
	1980 Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

Bamberg, 10. November 1980

Horst Götzfried

Dissertationsdruck
Schmitt & Meyer

Würzburg Ludwigkai 28a Tel. 7 23 80

Dissertationsdruck
Schmitt & Meyer

Würzburg Ludwigkai 28a Tel. 7 23 80